

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Atti del XII Congresso Nazionale
10-12 ottobre 2012

MIGRAZIONI, SALUTE E CRISI

Coesione sociale, partecipazione e reti
per una salute senza esclusioni

a cura di

Salvatore Geraci, Maria Laura Russo e Mario Affronti

 Pendragon

Questo volume degli Atti del XII Congresso Nazionale
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Viterbo 10-12 ottobre 2012)
è stato realizzato grazie al contributo di:
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Caritas Italiana

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
info@simmweb.it
www.simmweb.it

ISBN 9788865982181
Tutti i diritti riservati
© 2012, Edizioni Pendragon
Via Borgonuovo, 21/a - 40125 Bologna
www.pendragon.it

INDICE

Introduzione	
Dignitas in salute. Salus in dignitate	17
<i>Salvatore Geraci, Maria Laura Russo e Mario Affronti</i>	
Presentazione	
Migrazioni, salute e crisi	19
<i>Mario Affronti</i>	
La SIMM	
Lettera ai soci in vista del Congresso di Viterbo 2012	27
<i>Mario Affronti</i>	
La SIMM e gli sponsor	30
<i>Il Consiglio di Presidenza</i>	
Fare rete per la formazione. La collaborazione della SIMM all'interno della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG)	31
<i>Maurizio Marceca, Alessandro Rinaldi, Giulia Civitelli, Giulia Silvestrini, Chiara Bodini, Ardigò Martino, Salvatore Geraci, Mario Affronti e la RIISG</i>	
La SIMM e il Gruppo CRC per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza	35
<i>Salvatore Geraci e Emma Pizzini</i>	
La SIMM e l'Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica alla popolazione immigrata	41
<i>Margherita Andretta, Elisa Cinconze, Enrico Costa, Roberto Da Cas, Salvatore Geraci, Elisa Rossi, Gianni Tognoni, Giuseppe Traversa</i>	
La SIMM nella Rete Europea SMES: Salute Mentale ed Esclusione Sociale	49
<i>Luigi Leonori</i>	

La partecipazione della SIMM al Progetto "Prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne straniere: per una maternità responsabile e la prevenzione dell'aborto, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato"	52
<i>Graziella Sacchetti, Manila Bonciani, Angela Spinelli, Giuseppina Antico, Maria Laura Russo, Maurizio Marceca</i>	
La SIMM e il Manifesto per l'applicazione in Italia del Codice di Condotta Internazionale sul Reclutamento del Personale Sanitario	62
<i>Salvatore Geraci, Maurizio Marceca e i promotori del Manifesto</i>	
Ricordo di mons. Luigi Di Liegro	
Per una cultura diversa	67
<i>Salvatore Geraci</i>	
Relazioni	
Aspetti epidemiologici della salute dei lavoratori immigrati in Italia	71
<i>Aldo Rosano</i>	
Una frattura insanabile. Il diritto alla salute dei lavoratori stranieri al tempo della crisi del welfare state	79
<i>Antonello Ciervo</i>	
Il lavoro come determinante per la salute dei migranti. Il caso specifico della comunità cinese di Firenze	86
<i>Fabio Capacci</i>	
La salute dei detenuti stranieri: dimensioni di complessità in una situazione di emergenza	93
<i>Giulia Civitelli, Giulio Starnini, Maurizio Marceca</i>	
La salute della popolazione immigrata detenuta: lo studio svolto in Toscana	104
<i>Caterina Silvestri, Cristina Orsini, Fabio Voller</i>	
Salute degli stranieri adulti e minori autori di reato in situazione di restrizione della libertà personale: stato dell'arte dell'applicazione del DPCM 1/4/2008 circa il riordino della medicina penitenziaria	110
<i>Sandro Libianchi, Maria Chiara Gentili, Andrea Maccari</i>	

<i>Indice</i>	7
La conoscenza linguistica è un determinante di esito penale nell'imputato straniero con patologia psichiatrica. Case report <i>Sandro Libianchi, Maria Chiara Gentili, Sara Mossino, Cristina Imperatori, Ornella Vagnozzi, Riccardo Piccioli, Sandra Vitolo</i>	118
Per una deistituzionalizzazione dell'accoglienza ai migranti <i>Giuseppe Cardamone, Sergio Zorzetto</i>	121
CIE: malattia di sistema <i>Giuppa Cassarà</i>	125
Profughi dal Nord-Africa: è stata vera emergenza? <i>Oliviero Forti</i>	129
Per una salute senza esclusioni: brevi tratti di un'esperienza partecipativa <i>Giulia Bigot, Maria Laura Russo</i>	136
Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati <i>Patrizia Carletti, Salvatore Geraci</i>	142
Il principio di sussidiarietà tra teoria e prassi: considerazioni a partire dall'esperienza di un GrIS <i>Mariachiara Boninsegna</i>	147
Traumi premigratori, difficoltà di vita post-migratorie e sofferenza psichica <i>Massimiliano Aragona</i>	153
La visita medica con i rifugiati: bisogni psichici e strategie relazionali <i>Marco Mazzetti</i>	157
Abstract: Comunicazioni (C) e Poster (P)	
La salute dei lavoratori	
Un Po di Gange: progetto di salute per gli allevatori immigrati (C) <i>Monici L., Bonvicini F., Fabbri A., Guidi L., Magnani I., Mozzanica S., Poeta A., Severi C.</i>	165
Il disagio della cura. I vissuti professionali delle assistenti familiari migranti occupate in Italia (C) <i>Sarli A.</i>	166

Amianto, tabagismo, lavoratori immigrati (C)	167
<i>Totire V.</i>	

Gli immigrati di seconda generazione

Ingenuamente "esperti": ragazzi e ragazze di fronte alla sessualità. Educazione alla sessualità e all'affettività negli Enti di Formazione Professionale della Regione Friuli Venezia Giulia (C)	168
<i>Pomicino L., Scrimin F.</i>	

Le abitudini alimentari tra i bambini delle terze classi elementari con madre straniera (C)	169
<i>Spinelli A., Buoncristiano M., Bonciani M., Lamberti A., Nardone P., Baglio G. e il Gruppo OKkio alla Salute 2010</i>	

Sovrappeso e obesità nei bambini di 8 e 9 anni figli di donne straniere: quale diffusione del fenomeno e quale la percezione delle madri (C)	170
<i>Buoncristiano M., Lamberti A., Nardone P., Bonciani M., Spinelli A., Baglio G. e il Gruppo OKkio alla Salute 2010</i>	

Il servizio di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie: discussione critica dei risultati di una pratica decennale nel campo della prevenzione e della cura della salute mentale (C)	171
<i>Bruni C., Cattaneo M.L., dal Verme S., Sacchetti G.</i>	

Seconde generazioni e salute riproduttiva (P)	172
<i>Scassellati G., Bulcu M., Monami L.</i>	

Immigrazione ed esiti perinatali in una coorte di nati altamente pretermine (P)	173
<i>Cacciani L., Franco F., Di Lallo D., De Curtis M., Guasticchi G. e il Network Neonatale del Lazio</i>	

Come intervenire per prevenire le gravidanze indesiderate tra i giovani di origine straniera? (P)	174
<i>Bonciani M., Spinelli A., Sacchetti G., Pediconi M., Timperi F., Bucciarelli M., Andreozzi S.</i>	

La salute degli immigrati detenuti e trattenuti nei CIE

Problematiche sanitarie dei detenuti extracomunitari (C)	175
<i>Rubino P., Zecca S., Fornari F.</i>	

Infezioni tubercolari latenti in detenuti negli Istituti Penitenziari di Parma. Confronto tra detenuti di nazionalità straniera ed italiana (C)	176
<i>Ciusa F., Choroma F., Borrini B.M., Boni C.</i>	

Organizzazione dell'assistenza sanitaria in CARA, CDA e CIE: indagine della Croce Rossa Italiana (C)	177
<i>Diodati A., De Cesare G., Greco L.M., Monastero P.</i>	
Le sbarre più alte. Indagine sul diritto alla salute e gli altri diritti fondamentali nei centri di identificazione ed espulsione (CIE) (C)	178
<i>Barbieri A., Bassetti A., Castagna G., Francini C., Peca M.R., Zanchetta M.</i>	
La salute delle donne immigrate che hanno vissuto episodi di maltrattamento o violenza: dati preliminari di una indagine quali/quantitativa presso il CIE di Bologna (C)	179
<i>Lesi G., Garavini C.M., Pilati F., Bartoli B., Gramenzi A.</i>	
Controllo della tubercolosi nei centri di identificazione ed espulsione (CIE) per stranieri irregolari: l'intervento di Medici Senza Frontiere (C)	180
<i>Egidi A.M., Garelli S., Repetto E., Maccagno B., De Maio G.</i>	
Storie di donne immigrate transitate al CIE di Bologna, vittime di violenza (P)	181
<i>Lesi G., Garavini C.M., Pilati F., Bartoli B., Gramenzi A.</i>	
 In rete per la salute degli immigrati	
Progetto Aracne – Tessere reti per il diritto alla salute dei migranti (C)	182
<i>Ferrero P., Bertini M., Pamparato N., Randazzo G., Iacoboni D.</i>	
Consulta per la Salute Interculturale: cultura di rete e partecipazione (C)	183
<i>Gnolfo F., Iannace A., Lombrici M., Parisi C., Rinaldi I., Santone G., Spadea A., Silvestri M.R., Tarantino P., Tonetti S.</i>	
Commissione salute del CNI Caritas Italiana: una rete nella rete per le reti (C)	184
<i>Geraci S., Adjicoude R., Arghenini P., Cerbo A.V., Pallucco G., Niglio F., Rigobello I., Forti O.</i>	
Per una rete globale sulla salute dei migranti: l'occasione del People's Health Movement (C)	185
<i>Bodini C., Camplone I., Casadei R., Rinaldi A., Zecca S.</i>	
Buone prassi di sanità pubblica e lavoro di rete nei percorsi di accoglienza per i profughi in Friuli (P)	186
<i>Brussi V., Mauro K., Gnesutta D., Pitzalis G., De Lotto S., Diallo Kane A.</i>	

Promozione della salute dei migranti e professionisti socio-sanitari: limiti e prospettive di un network università-servizi, nell'esperienza del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI, Università di Bologna) (P)	187
<i>Martino A., Tortoreto B., Marta B.L., Cacciatore F., Ciannameo A., Parisotto M., Maranini N., Di Girolamo C., Bodini C., Camplone I., Fabbri A., Lorusso A., Stefanini A.</i>	
Un Centro Studi sulla salute dei migranti, un punto di riferimento nella rete (P)	188
<i>Castro Cedeno G., Hablè N.E., Martelli G., Walton P.</i>	
La valorizzazione della rete dei servizi nella formazione degli operatori sanitari: l'esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia (P)	189
<i>Chiarenza A., Riboldi B., Dall'Asta I.</i>	
Medicina e Globalizzazione: l'esperienza della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Palermo (P)	190
<i>Gambino V., Davì D., Costumati A., Affronti M.</i>	
Laboratorio di medicina transculturale per una salute senza esclusioni (P)	191
<i>Santodirocco A., Liddo M., Maisano B., Candela E., Messina S., Torchiario A., Montagna M.</i>	
Le iniziative delle Regioni Italiane atte a migliorare l'accesso alle vaccinazioni della popolazione migrante (P)	192
<i>Riccardo F., Dente M.G., Declich S.</i>	
 Salute psico-relazionale e/o psico-sociale	
Migrazione, salute socio-relazionale e servizi sanitari. La complessità dell'interazione nelle testimonianze dei pazienti. L'esperienza del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (C)	193
<i>Martino A., Ciannameo A., Parisotto M., Maranini N., Marta B.L., Tortoreto B., Cacciatore F., Di Girolamo C., Bodini C., Camplone I., Fabbri A., Lorusso A., Stefanini A.</i>	
Istituzioni di accoglienza e benessere: un possibile ossimoro (C)	194
<i>Purgato A., Ceccarelli G., Mattered A., Pacifici L.E.</i>	
Supporto psicologico ed ascolto attivo del migrante nei Centri Governativi (C)	195
<i>De Cesare G., Greco L.M., Monastero P., Mana F. G., Diodati A.</i>	
Esperienza religiosa e salute mentale negli immigrati vittime di tortura e violenze intenzionali (C)	196
<i>Giacometto R.</i>	

<i>Indice</i>	11
List of Migration Traumas (LIMIT): sviluppo di uno strumento autosomministrato per indagare eventi potenzialmente traumatici in popolazioni migranti (P)	197
<i>Aprigliano A., Aragona A., Urbinati S., Zakeri S., Frabotta P., Pisani R., Mazzetti M., Geraci S.</i>	
La relazione come strumento di cura (P)	198
<i>Ciambellini S.</i>	
Collage di favole (P)	199
<i>Infante A., Loria M.R., Visconti G.</i>	
La cura dei migranti tra geografie interrotte e frammenti di mappe identitarie (P)	200
<i>Bevolo P., Latrofa M., Wong O., Ramthoul T., Fornaciari R.</i>	
Le parole dell'altrove: salute, migrazione, narrazione (P)	201
<i>Greco M.M.</i>	
Il rapporto medico-paziente in una prospettiva antropologica dell'incontro (P)	202
<i>Pacera G.C., Di Paola P.D.</i>	
La salute dei richiedenti asilo e rifugiati	
Aspetti psico-sociali ed antropologici della salute dei migranti all'interno di un centro d'accoglienza. L'esperienza di Best house (C)	203
<i>Giannuzzi V., Damato D.</i>	
Salutogenesi ed emergenza umanitaria nel Campo di Accoglienza Richiedenti Asilo di Mineo (CT) (C)	204
<i>Andrissi L., Mottini G.</i>	
Percorso di promozione della salute in un centro per richiedenti asilo e rifugiati a Reggio Emilia (C)	205
<i>Mozzanica S., Bazzoli A., Manghi M., Casoni C., Singh I., Naaemeka N.</i>	
Assistenza Sanitaria agli immigrati giunti in Italia in seguito all'emergenza Nord-Africa nella Provincia di Parma (P)	206
<i>Ferrante S., Choroma F., Berghenti F., Borrini B.M., Floris E.</i>	
Il trauma passato, recente e attuale dei migranti forzati: riflessioni sulle fasi di rinascita delle vittime di trattamenti disumani e degradanti (P)	207
<i>Santone G., D'Agostino L.</i>	

Problematiche dell'assistenza sanitaria ai richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale in Italia con particolare riferimento alla salute mentale (P)	208
<i>Colosimo F.</i>	
Biomedicina e Medicine Vitalistiche, complementarità e conflitto. I senegalesi richiedenti asilo nella Azienda USL Roma A (P)	209
<i>Seri R., Longo E.</i>	
Le certificazioni mediche degli esiti di torture (P)	210
<i>Santone G., Volpatti M., Campanini N., Bracci C.</i>	
La salute dei migranti forzati: un percorso ad ostacoli (P)	211
<i>Benedetti P., Santone G., Bacigalupi M., Bracci C., Guarino B., Geraci S., Casagrande S., Gaddini A., Marceca M., Gnolfo F.</i>	
La sorveglianza sindromica presso i Centri di Accoglienza istituiti a seguito della cosiddetta emergenza immigrazione dal Nord-Africa 2011 (P)	212
<i>Declich S., Napoli C., Riccardo F., De Santis S., Rizzo C., Rota M.C., Dente M.G., Pompa M.G., Bella A. & Gruppo di lavoro della Sorveglianza Sindromica Migranti</i>	
Parassitosi e tubercolosi tra i migranti accolti presso la provincia di Udine dell'avvio del piano "Emergenza Nord-Africa" (P)	213
<i>Merelli M.</i>	

La salute della donna

La prevenzione dei disturbi dell'attaccamento precoce nel Centro di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano in collaborazione con la Cooperativa Crinali (P)	214
<i>Sacchetti G., Cattaneo M.L., Fumarola C., dal Verme S.</i>	
L'importanza dell'area geografica di provenienza nelle prevalenze di tagli cesarei (P)	215
<i>Lauria L., Bonciani M., Grandolfo M., Andreozzi S., Lamberti A., Buoncristiano M., Bucciarelli M. e il Gruppo di Lavoro sul Percorso Nascita</i>	
L'incidenza delle Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) e il ruolo della prevenzione sanitaria nelle sex workers contattate dall'Unità di strada Luna Blu del Centro Donna Giustizia di Ferrara (P)	216
<i>Ajuzie A., Casalino D., Cenacchi M.V., Baglioni D., Lodi E., Sighinolfi L.</i>	
Eva Luna 14 anni dopo (P)	217
<i>Foracchia A., Manghi M., Gemmi M.C., Crotti C., Sparano M., Fornaciari R., Castro-nuovo L., Angelucci F., Naaemeka N., Wong O.</i>	

<i>Indice</i>	13
<hr/>	
Cittadinanza e salute delle donne migranti (P)	218
<i>Cirillo L.</i>	
La formazione degli operatori per la prevenzione delle IVG tra le donne straniere. L'esperienza dell'attivazione di una formazione "a cascata" in un progetto di ricerca a carattere nazionale (P)	219
<i>Civitelli G., Russo M.L., Pitini E., Pizzini E., Di Foggia F., Marceca M., Silvestrini G., Marceca M.</i>	
Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) ripetute tra le donne straniere afferenti al Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS) AUSL di Reggio Emilia (P)	220
<i>Foracchia A., Gemmi M.C., Crotti C., Sparano M.</i>	
Screening citologico: un'esperienza con la comunità albanese in Piemonte (P)	221
<i>Giordano L., Fiorina G., Skanjeti A., Moretto L.</i>	
 La salute del bambino	
L'assistenza domiciliare ai minori con situazioni croniche complesse: l'esperienza del gruppo di infermieri a Reggio Emilia (P)	222
<i>Saccani A., Cervi M., Fornaciari R.</i>	
"Emergenza Nord-Africa 2011". Accoglienza e monitoraggio di due minori sieropositivi giunti all'Ambulatorio Pediatrico della Caritas Diocesana di Cagliari (P)	223
<i>Cavallini R., Botta M.B., Mereu G., Morittu M., Solinas R., Dedoni M., De Magistris A., Margianu V.</i>	
Accessi al PS Pediatrico: pazienti stranieri e italiani a confronto (P)	224
<i>Piacentini D., Galeazzo B., Rubin G., Moretti C.</i>	
La sinergia pubblico-privato nei bisogni di salute e nel programma organizzativo delle vaccinazioni dei bambini rom frequentanti alcune scuole del territorio dell'Azienda USL Roma C (P)	225
<i>Di Stefano C., Baldacchino E., Labate A., Latini S., Petrucci M.T., Vazzoler C., della Rovere P.</i>	
 Aspetti normativi, organizzativi e assistenziali	
Un'analisi empirica del ruolo delle politiche sull'immigrazione come determinante delle disuguaglianze di salute dei cittadini europei (P)	226
<i>Giannoni M., Franzini L., Ismail Z.</i>	

“So che c’è una legge. Non so altro”. Esperienze di utenti stranieri e operatori sanitari in materia di immigrazione e salute (P)	227
<i>Barsanti S., Capitani G., Nuti S., Maciocco G.</i>	
Gli infermieri e la Legge Sicurezza. Indagine sul livello di conoscenza della normativa (P)	228
<i>Cortesi I., Mecugni D., Lemmi M., Gradellini C.</i>	
Conoscenze degli studenti in medicina sull’obbligo di segnalazione e sulle possibilità assistenziali dei migranti (P)	229
<i>Rinaldi A., Civitelli G., Marceca M.</i>	
Misurare disuguaglianze di salute e l’equità dei sistemi regionali nei confronti della popolazione migrante nelle regioni italiane: risultati di un progetto di ricerca condotto da PEHRG (P)	230
<i>Giannoni M., Favilli V., Casucci P., Checconi O., Ismail Z., Fanini V., Bini S., Federici P., Brusco C., Pocetta G., Mancinelli E., Briziarelli L.</i>	
Migranti cinesi e filippini mettono in crisi la sindrome del General Hospital (P)	231
<i>Carrillo D., Sarli A.</i>	
SDI – Servizio Disabilità e Immigrazione del Progetto Prisma – per le Relazioni d’Aiuto (P)	232
<i>Foggetti C., Elia O., Robledo E., Morandi G.</i>	
Accesso ai servizi di assistenza primaria e continuità assistenziale: dati preliminari di un campione di popolazione afferente al Poliambulatorio dell’Area Sanitaria della Caritas di Roma (P)	233
<i>Bruno S., Silvestrini G., Federico B., Morucci L., Maisano B., Geraci S., Damiani G.</i>	
Città senza dimora: indagine sulle strade dell’esclusione (P)	234
<i>Bassetti A., Barbieri A., Benedetti G., Dirindelli P., Francini C., Peca M.R., Petri P., Riveira W.H., Scarselli F., Zanchetta M.</i>	
Ricerca-azione per il coinvolgimento attivo dei rom nella promozione della salute (P)	235
<i>Motta F., Ricordy A., Trevisani C.</i>	
Ambulatorio immigrati Gialuma – Distretto RMH2 (P)	236
<i>Mannocci L., Lapresa M., Romani R., Catalano A.</i>	
Evoluzione dei bisogni di salute in un ambulatorio di medicina generale per immigrati (1986-2011) (P)	237
<i>Di Nicola A., Geraci S., Maisano B., Arrivi F.</i>	

<i>Indice</i>	15
<hr/>	
Migrazione e Salute: analisi dei flussi informativi (P)	238
<i>Colucci A., Taglieri F.M., Gallo P., Luzi A.M.</i>	
Implicit Association Test: uno strumento per l'analisi delle attitudini del personale sanitario nei confronti della persona migrante (P)	239
<i>Greco M.M., Di Pomponio I.</i>	
"Nessun luogo è lontano dalla cura" – Formazione a Distanza sul tema della Salute e Migrazione (P)	240
<i>Greco M.M., Schiaffini M.</i>	
Rilevazione dei bisogni formativi dei partecipanti all'XI Congresso SIMM (P)	241
<i>Pizzini E., Russo M.L., Pitini E., Civitelli G., Marceca M.</i>	
SalutesuStrada: percorsi di formazione all'integrazione socio-sanitaria (P)	242
<i>Maisano B., Liddo M., Cucinotta L.L., Schedid F.</i>	
Un nuovo curriculum studiorum per i medici in Liberia: un progetto innovativo dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero Affari Esteri realizzato attraverso l'analisi del contesto post-bellico, l'identificazione dei bisogni della popolazione e l'individuazione delle principali competenze cliniche richieste (P)	243
<i>Pietrantonio F., Scala A., Mazzaccara A., Cozza N., Affronti M.</i>	
Clinica e non solo	
Prevalenza di patologia epatica in una popolazione di immigrati a Palermo (P)	244
<i>Affronti A., Amari V., Bajardi A., Napoli M., Affronti M.</i>	
"La via del sangue": per un'antropologia della cura nei pazienti dell'ex Unione Sovietica affetti da epatite (P)	245
<i>Pacera G.C., Di Paola P.D.</i>	
Un caso di TB in un Centro Accoglienza (P)	246
<i>D'Amici A.M., Capoccia M., Donno L., Giuliani M.A., Pelo S., Saccocio O., Spadea A.</i>	
Un caso di rinoscleroma in un immigrato dall'Egitto (P)	247
<i>Bonacina E., Chianura L., Sberna M., Ortisi G., Gelosa G., Citterio A., Gesu G., Puoti M.</i>	
Prevalenza di HBV, HCV, HIV, sifilide, parassitosi intestinali e dermatosi da <i>Sarcoptes scabiei</i> in migranti osservate presso il Servizio di Medicina delle Migrazioni (Spazio Salute Immigrati) dell'Azienda USL di Parma: confronto tra migranti forzati (rifugiati) e Migranti per lavoro (P)	248
<i>Choroma F., Berghenti F., Bisceglia G., Banzola S., Clemente G., Calzolari G.</i>	

- Rapid Diagnostic Test (RDT) nel Case Management della malaria: uno studio retrospettivo per valutare l'impatto e il potenziale rapporto costo-efficacia dell'uso dello screening con RDT in Gambia e Senegal (P)** 249
Pietrantonio F., Mura E., Gianzi F.P., Bellezza F., Affronti M.

Allegati

- Raccomandazioni finali dell'XI Congresso SIMM** 251
- Documento congiunto SIMM-GLNBI SIP "Bambini e migrazioni"** 253
- Statuto della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)** 255
- Regolamento della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)** 261

- Indice per autori*** 267

- Indice per alcune aree specifiche*** 271

INTRODUZIONE

Dignitas in salute Salus in dignitate

A distanza di poco più di un anno dall'ultimo congresso della SIMM, eravamo a Palermo nel maggio 2011, ecco un nuovo incontro ed ecco i nuovi Atti. La cadenza biennale che dal 1990 ha contraddistinto i nostri Congressi, le "mitiche" Consensus Conference volute dal compianto prof. Serafino Mansueto, è stata modificata apparentemente per una questione tecnica: dovevamo riallineare gli anni dei nostri incontri con le scadenze statutarie delle assemblee dei soci a scopo elettivo. Il ritmo lo avevamo perso a seguito dell'"emergenza" pacchetto sicurezza che ci aveva spinto a ritardare un congresso per avere l'occasione di studiare insieme una strategia per limitare i danni di quell'assurdo provvedimento. Fu scelta saggia in quanto a Trapani nel 2009 è, di fatto, iniziata la campagna "noi non segnaliamo" che non solo ha fatto cancellare l'iniqua norma dei cosiddetti "medici e operatori sanitari spia" ma ha rilanciato un dibattito sano e partecipato sul diritto alla salute degli immigrati nel nostro paese.

In realtà, la volontà di un nuovo Congresso così vicino a quello precedente è dettata anche dalla crisi sociale, politica e morale che stiamo attraversando. Sembra, infatti, che le conquiste sul piano dei diritti sanitari – anche quelle recenti – rischino di essere dimenticate con il progressivo ridimensionamento del Sistema sanitario pubblico che provoca attriti e, a volte, "lotte tra poveri", che vedono anche il continuo riemergere di pregiudizi, quasi un voler cercare ad ogni costo un'alterità che ci divida. Sono presenti, intanto, ferite sempre aperte nell'accoglienza, che non c'è o è talmente approssimativa – nelle scelte politiche ed organizzative – che produce essa stessa *noxe* patogene (vedi la gestione dell'emergenza del Nord-Africa); ci sono ancora luoghi di sospensione dei diritti come le carceri o i CIE, dove forse è ancora peggio; le disuguaglianze nella salute tra italiani e immigrati aumentano nei luoghi di lavoro; le strette maglie della cittadinanza non consentono pari opportunità per le seconde generazioni; il disagio sociale e le politiche incerte producono sofferenza e malattia mentale... Tutto ciò è tema di discussione ed approfondimento nel XII Congresso ed è fedelmente riportato in questo volume degli Atti. Tanti contributi, dati ed esperienze che siamo certi possano essere utili per generare coesione, collegamenti, occasione di lavoro comune, e, soprattutto, un sentire condiviso così necessario in questo periodo per non farci contagiare dal pessimismo o, ancor peggio, dalla rassegnazione.

Il nostro obiettivo e comune impegno è anche sintetizzato dal motto della nostra società, recentemente approvato dal Consiglio di Presidenza: *dignitas in salute, salus in dignitate*. La promozione della salute è, infatti, prerequisito per affermare la dignità di ciascuno e il riconoscimento della dignità della persona è di per sé un fattore protettivo della salute. Ecco il senso etico del nostro impegno, ecco perché affermiamo, ancora una volta, nei fatti e nelle quotidianità, la necessità di una salute senza esclusioni.

Salvatore Geraci, Maria Laura Russo, Mario Affronti

PRESENTAZIONE

Migrazioni, salute e crisi

Mario Affronti

Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione

Le crisi economiche hanno un impatto negativo sulla salute sia in termini di mortalità che di morbosità agendo pesantemente sui determinanti distali di salute¹.

In questo ultimo ventennio la SIMM ha contrastato sia sul piano politico che su quello scientifico-culturale l'azione dei fattori socio-politici sulla salute dei migranti nella consapevolezza che essi hanno una influenza sicuramente maggiore rispetto a quelli etno-culturali nel determinarne gli esiti. Gli immigrati, abbiamo sempre detto, si ammalano di povertà e di esclusione più che per malattie legate ai loro paesi di provenienza. Abbiamo così cercato di ridurre tale disuguaglianza migliorando l'accessibilità e la fruibilità dei servizi, attraverso la promozione della normativa ed interventi mirati a livello locale².

Adesso siamo preoccupati. Sappiamo che la crisi rischia di vanificare questi sforzi. Le valutazioni delle varie agenzie pubbliche e private sono improntate al pessimismo mentre non aiutano le prese di posizione politiche che l'Europa mette in atto sull'onda emotiva delle popolazioni native e degli organi d'informazione che

vedono nelle migrazioni un ostacolo al superamento della crisi.

C'è bisogno di fare chiarezza. Come sempre bisogna saper leggere ed interpretare la storia attuale, per consolidare la conoscenza e la comprensione del reale impatto economico, sociale e culturale delle migrazioni.

Forse alla fine giungeremo alla conclusione – condivisa – che gli immigrati non sono parte del problema ma della soluzione.

Gli immigrati se ne vanno o rimangono?

La crisi ha avuto un sostanziale impatto sulle migrazioni, sia pure in una situazione in cui è difficile determinarne effetti, durata e dimensioni. Il numero complessivo dei migranti non si è ridotto in risposta alla crisi ma i flussi di nuovi migranti hanno cominciato a ridursi in molte regioni del mondo sia per il diffondersi, attraverso le reti, di notizie e informazioni relative alla riduzione di opportunità di lavoro sia a causa di politiche restrittive implementate in risposta alla crisi dai Paesi di accoglienza.

I numeri: a livello mondiale, negli ultimi

dieci anni i migranti sono aumentati di 64 milioni di unità e attualmente sono 214 milioni, 4,2 milioni dei quali sono italiani³.

I flussi di migranti hanno sfiorato i 6 milioni di unità l'anno e, seppure rallentati nell'attuale fase di recessione, acquisteranno nuovo dinamismo con la ripresa economica.

Notevole è anche il numero dei giovani che studiano in un Paese estero (3,7 milioni), per ben un sesto cinesi⁴.

Nel 2011 sono state 4,3 milioni le persone in fuga, con un incremento del 20% rispetto al 2010. Nel mondo 25,9 milioni di persone hanno ricevuto protezione (4 su 10 nei Paesi in via di sviluppo) tra rifugiati (10,4 milioni) e sfollati (15,5 milioni); 700 mila in più rispetto al 2010. In Italia le 10.000 domande d'asilo del 2010 risultano dimezzate rispetto all'anno precedente a seguito dei respingimenti in mare previsti dall'accordo italo libico del 2009. Tuttavia nel 2011, con la ripresa degli sbarchi (oltre 60.000 fino al mese di settembre), si è riproposta la necessità di pervenire a un sistema in grado di accogliere i richiedenti asilo anche in caso di eventi straordinari⁵.

Anche la proporzione tra uomini e donne nella popolazione migrante è rimasto sostanzialmente invariato negli ultimi anni: la popolazione maschile ammonta al 51% del totale sia pure con differenze anche importanti registrate a livello locale e regionale.

Non esistono dati complessivi comparabili ma risulta abbastanza chiaro che le migrazioni dei giovani e dei minori sono «fenomeni importanti» e se è vero che si tratta di fenomeni connessi alla «ramificazione delle famiglie» nei Paesi di destinazione è anche provato che molto spesso i minori migrano anche da soli e non accompagnati e rappresenterebbero il 4% del totale della popolazione migrante.

Altri dati importanti sono quelli relativi alle migrazioni interne che coinvolgerebbe-

ro 740 milioni di persone nel mondo⁶ e ai rientri che riguarderebbero percentuali variabili tra il 12 e il 37% delle persone che migrano per un periodo di tempo superiore ai tre mesi⁷.

Per quanto riguarda l'Unione Europea, i cittadini stranieri residenti nell'UE nel 2011 sono stati più di 33 milioni, pari al 6,6% della popolazione totale, con un aumento che per il 2011 è stato di 416.100 unità⁸.

Il reperimento di dati attendibili sul fenomeno degli irregolari è piuttosto difficile: se nel 2002 si stimava che fosse irregolare il 15% della popolazione migrante nei Paesi OCSE, altri collocano questo valore ad un terzo del totale⁹. Vanno infine citati i dati emergenti dagli studi sui processi di regolarizzazione, in base ai quali tra il 1973 e il 2008 sono state circa 6 milioni le domande presentate e più di quattro milioni quelle accolte soprattutto nei Paesi del sud Europa.

I lavoratori migranti, dunque, non rientrano nei Paesi di origine perché se regolari possono fruire di sistemi di protezione più elevati, se irregolari hanno comunque accesso relativamente facile ai circuiti dell'economia informale e del lavoro sommerso e possono mettere in atto una strategia di attesa in vista di nuove possibilità occupazionali che potrebbero aprirsi in caso di ripresa economica.

Rimangono da noi anche se la loro situazione si è deteriorata. Essendo vulnerabili, sono particolarmente colpiti dalla crisi più di altri gruppi di popolazione, perdono il lavoro o trovano collocazioni temporanee, intermittenti o in settori in cui la recessione dispiega in maniera piuttosto forte i suoi effetti.

Rimangono da noi anche se i loro tassi di disoccupazione sono più elevati che tra la popolazione nazionale ed aumentano più velocemente. Gli aumenti sono più consistenti nei Paesi maggiormente colpiti

dalla crisi prima tra tutti la Spagna dove il tasso di disoccupazione dei migranti è del 28%, quasi il doppio rispetto al 15% registrato tra la popolazione nazionale. Rimangono da noi anche se le politiche migratorie in risposta alla crisi ostacolano la loro permanenza perseguendo fundamentalmente tre obiettivi: la protezione dei mercati del lavoro per la manodopera nazionale, la riduzione dell'afflusso di migranti e l'incentivazione dei rimpatri¹⁰. Ed anche se, per parte loro, i Paesi di origine hanno risposto alla crisi monitorando la situazione dei loro cittadini all'estero, istituendo ulteriori strumenti per il rientro, la formazione e la ricerca di lavoro.

Rimangono e continuano più di prima ad inviare soldi alle loro famiglie. Le rimesse finanziarie dei migranti verso i Paesi in via di sviluppo costituiscono una fonte importante di finanziamento anche durante la crisi globale in corso, dando alle fragili economie di questi Paesi un contributo a volte decisivo, circa tre volte di più degli aiuti ufficiali allo sviluppo. Il flusso di rimesse registrate dalle statistiche ufficiali nel 2011 ha raggiunto a livello mondiale i 483 miliardi di dollari (e dovrebbe raggiungere i 593 miliardi nel 2014). Nonostante le politiche protezionistiche rallentino la circolazione di merci e persone attraverso le frontiere ritardando l'adeguamento alla crisi e prolungando il processo di recupero, il flusso verso i paesi in via di sviluppo ha raggiunto i 351 miliardi di dollari, superiore rispetto ai 325 miliardi del 2010 (un incremento dell'8%)¹¹.

Tali politiche sono poi anche in contrasto con il forte aumento della domanda di migranti nelle società in rapido invecchiamento delle principali economie a sviluppo avanzato.

Rimangono malgrado i sempre più ricorrenti sentimenti xenofobi, in particolare nei confronti di alcune forme di diver-

sità su base etnica e nazionale. In Italia gli atti di discriminazione, non solo in ambito lavorativo, colpiscono maggiormente gli africani, i romeni, i cinesi, i marocchini, i bengalesi, i rom e i sinti¹².

Rimangono malgrado i problemi di ordine scolastico. Significativo è il differenziale tra quanti, a conclusione della terza media, non vengono ammessi all'esame di licenza: tra gli italiani si tratta di 1 iscritto ogni 50, tra gli stranieri di 1 ogni 10¹³.

Rimangono da noi malgrado "tre di loro su quattro si sentano esclusi dal sistema sanitario"¹⁴ e malgrado si registri di fatto un minor accesso ai servizi sanitari rispetto agli italiani¹⁵, con più ricoveri in stato d'urgenza ed un maggiore accesso al pronto soccorso. Tale percezione di esclusione cui corrisponde una parallela minore accessibilità ai servizi, a quasi venti anni dallo sdoganamento del diritto alla salute per tutti¹⁶, irregolari e clandestini compresi, fa molto male, anche nella consapevolezza che la strada verso l'integrazione sanitaria sia lunga e difficile. Forse pensavamo di essere a buon punto e che il più fosse stato fatto. Evidentemente dobbiamo continuare a lottare rimboccandoci ancora una volta le maniche e ricominciando di nuovo con le nostre parole d'ordine, le nostre traiettorie e i nostri spazi per una salute per tutti¹⁷.

Che fare?

Imparare dalla storia. La parola "crisi" non evoca solamente il risultato di lunghi anni di speranze largamente infondate e naufragate nel nulla, ma anche il momento culminante di una grave malattia, come ricorda Ippocrate, da cui si può guarire solamente attraverso una cura radicale e un cambiamento repentino degli stili di vita, dell'atteggiamento verso i consumi, della quotidianità, del modo di intendere il rapporto dell'individuo con gli altri, della

cultura¹⁸. Mi piace enfatizzare questo aspetto a proposito della crisi del 1929, spesso evocata in questi ultimi anni, nel tentativo di cercare nella storia quegli elementi utili a capire meglio il presente ed a risolverne i problemi. La crisi offrì agli Stati Uniti l'occasione di ripensare il modello di società e di ricostruire un tessuto economico, politico e finanziario, senza comprimere i diritti individuali e allargando ampiamente quelli sociali. La reazione positiva alla crisi è simboleggiata nella memoria storica dal New Deal del presidente degli USA Franklin D. Roosevelt che governò dal 1933 al 1945¹⁹. La crisi portò ad una nuova concezione della vita e del rapporto con gli altri. Dopo una prima fase di forte scoramento, gli americani ricordarono che la ricchezza è frutto del lavoro e della fatica e non dell'arricchimento facile e della speculazione priva di leggi. Dopo la fame e l'inedia, i disoccupati e i lavoratori costruirono luoghi di socializzazione della loro terribile condizione anche attraverso l'aiuto dei grandi sindacati americani e, successivamente, grazie all'aiuto dello Stato. Rinacque la voglia di conoscere, di indagare, di studiare che contribuì alla nascita di un'industria culturale di massa. La crisi generò un rimescolamento sociale senza precedenti che ridefinì lo stesso concetto di vita e di cittadinanza. La solidarietà, il mutualismo, l'intervento statale massiccio nell'economia, improvvisamente ritrovarono spazio in una società che aveva puntato tutto sull'individualismo e sull'arricchimento personale e aveva promosso una cultura dell'ottimismo sfrenato e acritico²⁰.

Come fare?

Le migrazioni in Europa sono strutturali. Il futuro dell'Europa a livello demografico e occupazionale non può essere concepito senza l'apporto degli immigrati. E

allora l'integrazione è diventata urgente. Il caso italiano è emblematico di quanto sta accadendo nel mondo e porta a sottolineare che l'innesto degli immigrati va gestito facendone parte attiva nella società di accoglienza e parte propulsiva nei confronti dei paesi di origine. Le migrazioni hanno sempre comportato problemi, ma hanno anche contribuito a risolverli con il loro tributo di speranza, creatività²¹ e investimento sul futuro.

Il primo problema da risolvere riguarda l'informazione che deve essere vera ed efficace. Il fenomeno migratorio viene percepito problematicamente da una parte consistente della popolazione, e ciò condiziona anche l'atteggiamento dei politici e le loro decisioni. È ricorrente sentir dire che gli immigrati hanno un tasso di delinquenza più alto, danno luogo a una invasione di carattere sociale e religioso, consumano risorse pubbliche più consistenti rispetto alle tasse e ai contributi da loro versati, non sono integrabili per la loro disomogeneità nel paese che li ha accolti. Servono passi in avanti non solo a livello legislativo ma anche in termini di mentalità, per inquadrare in maniera adeguata la presente nuova realtà multiculturale. Nonostante la nostra sia l'era con più mobilità umana della storia e nonostante l'importanza che gli viene riconosciuta nel mondo contemporaneo, la migrazione rimane la questione più fraintesa dei nostri tempi. Di conseguenza, c'è bisogno di un cambiamento sostanziale nel modo in cui parliamo di migrazione²², specialmente nei momenti di maggior crisi economica durante i quali il discorso politico, i media e l'opinione pubblica tendono ad essere negativi sulla natura, sullo scopo e sull'impatto socio-economico della migrazione. Una comunicazione distorta contribuisce a diffondere sentimenti anti-migranti, che recentemente sono tornati in voga in

molte parti del mondo. Stereotipi dannosi, discriminazione o addirittura xenofobia sono riapparsi nelle società dei paesi di destinazione, risultando in controversie sul valore stesso della multiculturalità. "Informare accuratamente sulla migrazione il grande pubblico potrebbe essere il solo e più importante strumento politico in tutte le società che si trovano ad affrontare una sempre maggiore diversità". "Nel nostro mondo sempre più interconnesso, comunicare la migrazione in maniera efficace è fondamentale per far comprendere che è al tempo stesso una realtà e una necessità. Se gestita in modo intelligente ed umano, la migrazione è anche preferibile"²³. L'azione della SIMM s'inserisce in tale solco: dimostrare come il fenomeno migratorio, nonostante il carico delle questioni prima ricordate, sia una grande opportunità per il nostro sistema-salute e per il paese.

Bisogna però evitare che la presenza immigrata, pur essendo strutturale allo sviluppo del paese, diventi una realtà marginale, preda dell'esclusione. Servono allora politiche sociali e familiari più incisive e accompagnate da un'adeguata dotazione di risorse, un'esigenza che nell'ambito delle ONG è stata sintetizzata con lo slogan "pacchetto integrazione"²⁴.

Le politiche di inclusione, attraverso programmi ed interventi pubblici specifici devono garantire alla persona straniera la pari opportunità di trattamento ed il pieno godimento dei diritti di cittadinanza intervenendo in molteplici ambiti: l'inserimento non subalterno nel mercato del lavoro (facilitando l'accesso all'orientamento, alla formazione e alla qualificazione professionale) l'inserimento sociale (diritto all'istruzione, alla salute, all'abitazione, all'assistenza sociale²⁵), la partecipazione civile e la libera espressione religiosa e culturale (diritto di associazione e di partecipazio-

ne), la partecipazione politica (diritto di voto attivo e passivo, almeno amministrativo) la semplificazione dell'accesso alla cittadinanza formale. In sintesi le politiche e gli interventi pubblici in questo campo dovrebbero porre le basi per un inserimento non subalterno né passivo del cittadino straniero nella società, cessando di identificarlo solo come un lavoratore da accogliere o da respingere a seconda delle fluttuazioni del mercato del lavoro e riconoscendolo come persona che ha diritto, al pari dei cittadini italiani, ad una vita dignitosa.

A Palermo²⁶ un anno fa abbiamo sottolineato il "ruolo prioritario esercitato sulla salute dai cosiddetti determinanti sociali (istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale, etc.) e come "i migranti ed i rom fossero tra i gruppi a rischio di disuguaglianze sanitarie". Nella consapevolezza che "la crisi non può essere invocata per giustificare un colpevole immobilismo", affermavamo "la necessità di attuare una serie di interventi migliorativi, in particolare relativi alla qualificazione degli operatori, alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali e al riorientamento dei servizi in un'ottica di una aumentata competenza culturale dell'intero sistema socio-assistenziale".

A Viterbo

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni quest'anno, per la prima volta nella sua storia, ha deciso di organizzare il proprio congresso fuori dalla Sicilia. Viterbo, grazie al coinvolgimento diretto del GrIS Lazio e dell'Azienda USL ed alla partecipazione concreta della Provincia, del Comune e dell'Università della Tuscia, ha permesso di celebrare il XII Congresso Nazionale, e di fatto apre una fase nuova della nostra storia, con il territorio sempre più protagonista nel contributo delle pro-

prie specificità ed opportunità. Viterbo che per le sue dimensioni e organizzazione è stata individuata come città simbolo della relazione e della comunicazione, ci aiuterà a toccare con mano l'enorme vivacità umana e culturale degli operatori socio-sanitari della Regione Lazio che in questi anni con competenza ed interesse umano hanno agito con efficacia per favorire la salute dei migranti della loro regione e non solo²⁷. Primo fra tutti, il GrIS Lazio è sorto nel 1995 sia per mettere in rete conoscenze ed informazioni, sia per ottimizzare percorsi assistenziali, sia per promuovere politiche ed iniziative per una salute senza esclusione. Sul suo esempio altri dodici realtà regionali sono nate in tutta Italia, mentre si sta costituendo, con un passaggio importante a Viterbo, anche il gruppo Calabro.

Quest'anno, inoltre, in occasione del ventennale del Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria, a Francavilla al Mare (Chieti), subito dopo il nostro, si terrà il V Congresso congiunto SIP/GLNBI-SIMM a cui parteciperemo in una Tavola Rotonda dal titolo: "Una rete per i minori migranti".

Ecco perché siamo felici e non vediamo l'ora di vivere questa esperienza. Qui attingeremo nuova linfa di conoscenze e proporremo, come abbiamo fatto sempre nel passato con responsabilità e fantasia, soluzioni utili al nostro paese ad attraversare la crisi con civiltà e dignità, senza comprimere i diritti dei più deboli. È la nostra missione. A Palermo ce l'ha ricordata il 1° socio onorario della SIMM, il prof. Elio Guzzanti, già ministro della sanità: "la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è una grande risorsa culturale, morale ed etica. Questi valori dobbiamo difenderli, perché il diritto alla tutela della salute si esercita cercando di avere quanta maggiore capacità di comprensione delle persone. In

questo consiste la vostra forza: essere la medicina delle persone che hanno maggiori problematiche. Io mi auguro che la Società che voi definite piccola diventi grandissima e rappresenti una grande comunità aperta".

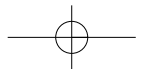
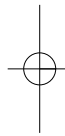
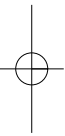
Con questi sentimenti di realismo fiducioso e con l'ottimismo della volontà²⁸, vi saluto con un benvenuti a Viterbo.

Note

- ¹ WHO, Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation, 2008.
- ² SIMM, Documenti e Raccomandazioni finali delle Consensus Conference-Congressi, 1990-2011.
- ³ OIM, World migration report 2010, The future of Migration: Building Capacities for Change.
- ⁴ OCSE, Migrations internationales: quelle ligne de conduits adopter suits à la crise?, l'Observateur/Sintheses, 2009.
- ⁵ UNHCR, Global trends 2011, A Year of Crises
- ⁶ UNDP, HDR report 2009, Overcoming barriers: Human Mobility and Development.
- ⁷ M Cavanagh, Migration review 2011/2012, IPPR, 2012.
- ⁸ Eurostat, 2011.
- ⁹ UNDP, HDR report 2009, Overcoming barriers: Human Mobility and Development.
- ¹⁰ OIM, Le migrazioni in Italia: Scenario attuale e prospettive. Ed. Idos Roma, pp 77-78, 2011. "A livello burocratico, strettamente connesso a quello giuridico, si pone una lunga serie di ostacoli: complessità delle procedure da seguire per le pratiche del permesso di soggiorno e per quelle relative alla cittadinanza, difficoltà linguistiche e in certi casi culturali, scarsa disponibilità (e, a volte, inadeguata informazione) da parte dei funzionari e degli operatori di sportello, scarsa utilizzazione dei mediatori, culturali, assenza degli immigrati come impiegati negli uffici pubblici, ridotta previsione di servizi di sostegno (non solo nella scuola o nelle strutture sanitarie), collegamento non sempre organico con le organizzazioni sociali.

- Un altro esempio emblematico, a livello sociale, è quello relativo alle condizioni abitative. Le cronache locali attestano, quasi quotidianamente, la gravità e la diffusione delle forme di speculazione (e di discriminazione) che agiscono nei confronti della popolazione immigrata.*
- ¹¹ The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Migration and Remittance, Factbook 2011, 2nd Edition.
- ¹² UNAR, Relazione al Parlamento sull'effettiva applicazione del principio di parità di trattamento e sull'efficacia dei meccanismi di tutela, Anno 2011.
- ¹³ OIM, Le migrazioni in Italia: Scenario attuale e prospettive. Ed. Idos Roma, p 78, 2011.
- ¹⁴ Codacons, Comunicati stampa, Ecco come gli immigrati vivono la sanità italiana, Giugno 2012.
- ¹⁵ Ministero della Salute, RISP 2009-2010.
- ¹⁶ D.L. 18 Nov 1995, n. 489, Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea.
- ¹⁷ Raccomandazioni finali dell'XI Congresso della SIMM, Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi...costruire traiettorie, Palermo 2011.
- ¹⁸ Del Bufalo M, La grande crisi e gli Stati Uniti: cause, fatti e risposte, *tesine*, www.treccani.it.
- ¹⁹ S Pollard, Storia economica del Novecento, Il Mulino, Bologna, 1999.
- ²⁰ Draghi B, Il sistema economico internazionale tra il 1914 e il 1939. Crisi degli anni '30 e "Grande trasformazione", Ed. Polaris, 1998, www.clio92.it.
- ²¹ Immaginare per costruire, "Se l'occhio non si esercita, non vede. Se la pelle non tocca, non sa. Se l'uomo non immagina, si spegne" (Danilo Dolci, da *Il limone lunare*), in Maurino M, Manifesto per un pacchetto integrazione. Ragioni, luoghi, proposte e risorse per un'integrazione possibile, p. 3, Consorzio Connecting People, www.connecting-people.it /manifesto/...
- ²² Global Migration Group, Mainstreaming migration into development planning. A handbook for policy-makers and practitioners, pp. 39-44, 2010.
- ²³ Swing W L, in World migration report 2011, Communicating Effectively about Migration, OIM.
- ²⁴ Manifesto per un pacchetto integrazione. Ragioni, luoghi, proposte e risorse per un'integrazione possibile, Consorzio Connecting People, www.connecting-people.it/manifesto/...
- ²⁵ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Interno, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, ITALIA 2020. Piano per l'integrazione nella sicurezza. Identità e incontro, giugno 2010.
- ²⁶ Raccomandazioni finali dell'XI Congresso della SIMM, Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie, Palermo 2011.
- ²⁷ Una rete per la salute degli immigrati, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), (a cura di) Salvatore Geraci, Quaderni di InformArea, n. 4, febbraio 2007.
- ²⁸ "L'essenza dell'ottimismo non è soltanto guardare al di là della situazione presente, ma è una forza vitale, la forza di sperare quando gli altri si rassegnano, la forza di tenere alta la testa quando sembra che tutto fallisca, la forza di sopportare gli insuccessi, una forza che non lascia mai il futuro agli avversari, il futuro lo rivendica a sé" (Dietrich Bonhoeffer), da SIMM News 2011, www.simweb.it.

Contatto: Mario Affronti (mario.affronti@unipa.it)



LA SIMM

Lettera ai soci SIMM in vista del Congresso di Viterbo 2012

Ormai ci siamo. Per la prima volta fuori dalla Sicilia, ci vedremo tutti a Viterbo dal 10 al 13 ottobre, in un congresso che, come nella tradizione, saprà "aprire nuovi spazi e costruire nuove traiettorie" per una salute per tutti così come ci eravamo detti a Palermo appena un anno fa.

Voglio subito ringraziare il Consiglio di Presidenza che ha custodito e coltivato una società viva e forte improntata ai valori del servizio e dell'operosità. Abbiamo lavorato bene in spirito di collaborazione e di condivisione avendo come obiettivo principale il perseguimento degli scopi e dei principi della nostra società scientifica. Collegialità e condivisione ci hanno consegnato risultati di un certo rilievo nella ridefinizione delle strategie societarie.

Grazie all'ottimo lavoro di Guglielmo Pitzalis, il nuovo **Statuto della SIMM** col suo **Regolamento interno** è in vigore. Approvato a maggio durante il Congresso SIMM di Palermo e registrato a Gemona del Friuli ad agosto 2011, il nuovo Statuto diviene riferimento per tutti i Soci della SIMM e per coloro che intendono diventarlo. Le novità più importanti sono i principi etici cui si ispira, gli scopi e alcune attività con particolare riferimento all'ambito della ricerca scientifica, della formazione e dell'advocacy. Il Regolamento interno, approvato nel corso dell'ultimo CdP, lo rende più agevolmente effettivo.

La SIMM è adesso un'**associazione**

nazionale che conta 426 iscritti attivi con 345 medici tra psichiatri, pediatri, epidemiologi, infettivologi, ginecologi, medici di medicina generale, internisti, dermatologi, cardiologi, gastroenterologi, nefrologi, medici del lavoro, e poi ginecologi e ostetriche, psicologi, antropologi, infermieri ed assistenti sociali, educatori, farmacisti, mediatori culturali, sociologi, nonché amministratori, avvocati, sacerdoti, giornalisti, consulenti familiari e perfino geologi. Una grande ricchezza che solo noi abbiamo e di cui dobbiamo essere fieri e premurosi custodi.

È un'associazione ramificata e rappresentata nelle **unità territoriali (GrIS)**, con il nostro past-President Salvatore Geraci come coordinatore. Il rafforzamento della funzione del **Coordinamento nazionale dei GrIS** (sia di quelli già attivi sia di quelli che saranno attivati) si è reso necessario – ricordo - per consentire alla SIMM di avere una capacità di radicamento sul territorio sempre maggiore (in un contesto sanitario sempre più decentrato) ed un'organizzazione capace, in breve tempo, di dar vita a iniziative locali partecipate. Quello dei GrIS è un albero vivo: diamo il benvenuto al nuovo GrIS-Toscana, mentre aspettiamo con ansia l'arrivo dei GrIS della Liguria, della Puglia e della Calabria e ci auguriamo che nelle altre regioni si possano superare le difficoltà che impediscono di creare rete e di fare sensibilizzazione, advocacy, empowerment, pro-

mozione scientifico-culturale e divenire policy network (le nostre traiettorie).

È un'associazione che si è riorganizzata molto sotto l'aspetto scientifico mediante la creazione di un **Comitato tecnico-scientifico**, attualmente coordinato da Giovanni Baglio, istituito ad Udine nella riunione del Consiglio di Presidenza dell'8 luglio 2010 e che è già regolamentato. Esso ha il compito di unire, al lavoro di preparazione e gestione degli eventi scientifici principali promossi dalla SIMM (Congresso, eventuali Consensus), la funzione di: promuovere la qualità scientifica della Società (favorendo attività di studio e ricerca con competenza, metodologia e professionalità); istruire e/o curare approfondimenti scientifici ad hoc (ad es., documenti di evidenza su temi riconosciuti come prioritari); valorizzare, anche attraverso la produzione di pubblicazioni, le esperienze presenti al suo interno; tessere rapporti di collaborazione internazionali; curare progetti finanziati e promuovere iniziative di formazione e aggiornamento rivolte ai soci. Una delle principali novità introdotte con il nuovo Statuto è infatti la possibilità di partecipare, come SIMM, a progetti scientifici finanziati. Il Comitato scientifico si è già riunito assieme al Consiglio di Presidenza, dando già il proprio contributo nell'organizzazione scientifica del congresso di Palermo e già da tempo lavora in vista del prossimo congresso. Non finirò mai di ringraziare quanti contribuiscono così generosamente e, malgrado i numerosi impegni e le limitate risorse disponibili, a mantenere viva la nostra società.

Anche la dimensione della **Formazione** sta assumendo sempre più un ruolo primario e strategico; e del resto non poteva essere altrimenti, visto il grande contributo che, attraverso di noi, la SIMM ha dato alle circa 2.200 iniziative formative accreditate svolte in Italia nel periodo

2002-2008. Il riconoscimento dello status di provider ECM nazionale è ormai in dirittura d'arrivo, grazie alla tenacia di Maria Laura Russo e di Emma Pizzini. Maurizio Marceca è il **coordinatore nazionale per la formazione**. Ci aspetta adesso un forte impegno per elaborare (ed attuare) un vero e proprio piano formativo SIMM che, per l'anno 2013, vedrà un pieno coinvolgimento dal basso di tutti i soci. Abbiamo appena approvato un **albo docenti/formatori**, sulla base delle disponibilità manifestate all'ultimo Congresso di Palermo; si tratta di un elenco provvisorio, cui potranno aderire altri soci che finora non l'hanno fatto (che possono trovare per sito www.simmweb.it le istruzioni per farlo) e che potrà vedere, sulla base dei curricula che raccoglieremo, ulteriori organizzazioni per aree tematiche. Crescente è anche l'impegno della SIMM sul tema della 'Salute Globale' nell'ambito delle attività della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG); ci siamo impegnati a fornire su tutto il territorio nazionale, laddove richiesto, nominativi di nostri soci formatori disposti a svolgere il modulo 'Salute e Migrazione'.

Forse in questo campo siamo stati molto ambiziosi ma, come ci ricorda Maurizio, *"...se guardiamo indietro al percorso già compiuto, all'impegno attuale e alle direttive intraprese per il futuro, possiamo trarne la consapevolezza che la formazione è e sarà uno degli ambiti d'impegno più significativi per la SIMM. Il tema della formazione nelle sue diverse dimensioni, anche se l'ECM sembra essere quella vocationalmente più vicina alla natura e agli interessi della SIMM, intercetta trasversalmente le diverse anime della nostra società (la componente universitaria, quella degli operatori dei servizi pubblici e quella degli operatori dei servizi gestiti dal III settore, siano essi ONG, Fondazioni, Onlus o altre Associazioni di volontariato)"*.

Per favorire la partecipazione attiva degli iscritti e non solo, stiamo cercando di valorizzare e rilanciare i **Gruppi di Lavoro** come forma di approfondimento e scambio tra i soci liberamente riuniti attorno a temi di comune interesse. Quelli esistenti, costituiscono un ulteriore motivo di orgoglio: le **Politiche Sanitarie Internazionali** (coordinato da Pierfranco Olivani e Daniela Panizzut), la **Medicina Narrativa** (coordinato da Luisa Lenguini), la **Psichiatria Transculturale** (coordinato da Marco Mazzetti) e le **Malattie Infettive** (coordinato da Issa El Hamad), sapranno dare nuova linfa alla nostra società e comunque già da ora sono al nostro fianco e a nostra disposizione per qualunque argomento li riguardi.

Le notizie del Congresso di Viterbo le troverete a parte. Come dicevamo, è il primo Congresso che organizziamo al di fuori della Sicilia. Come era facile prevedere, non sono mancate le difficoltà a reperire le risorse che ci potessero consentire di organizzarlo sobriamente ma dignitosamente. La democratica e fertile discussione emersa al Congresso di Palermo in merito all'eticità delle sponsorizzazioni, formalizzata con la lettera a me indirizzata, ci responsabilizzava ulteriormente nel reperire finanziamenti coerenti coi principi che informano la nostra società. Ebbene anche questa volta ce l'abbiamo fatta. Per tale importante risultato, voglio ringraziare il Comitato Scientifico per l'ottimo programma e l'esemplare organizzazione, Il GrIS Lazio e l'Azienda USL di Viterbo con la Provincia, il Comune e l'Università della Tuscia per avere così generosamente e fattivamente risposto alle nostre richieste e, non per ultimi, tutti i soci che si sono iscritti anticipatamente – è la prima volta che succede in 22 anni di storia delle nostre Consensus/Congressi, quando le iscrizioni si facevano nel momento della registrazione dei partecipanti –. Insieme alla partecipazione pubblica, le 210 adesioni arrivate al 30 luglio, con molti soci che

hanno contribuito oltre il dovuto, ci hanno permesso di organizzare un congresso equo e solidale così come avevamo auspicato. Ancora grazie.

In un congresso siffatto il ricordo di don Luigi Di Liegro, si rivela quanto mai opportuno per l'impegno che questo prete ha profuso per i più deboli della società, per gli immigrati e per i rom. Molti di noi hanno avuto la fortuna di conoscerlo e di prendere consapevolezza che nell'azione di advocacy non possiamo essere neutri perché "riproporre i bisogni, stimolare all'intervento e denunciare le inerzie" significa avere un "ruolo politico". I valori della coesione sociale, della partecipazione e della salute per tutti, che intitolano il nostro congresso, sono ben incarnati in questa semplice e buona figura d'uomo.

Prima di concludere però voglio ricordare che questo è il congresso in cui eleggeremo il nuovo presidente ed il nuovo consiglio. Anche per questo tradizionale appuntamento ci sono delle novità su cui sarete informati a parte. Voglio però ribadire che non ci sarà nessun sconvolgimento. Come sempre le novità messe in campo sono funzionali al consolidamento della nostra storia. Oltre i personalismi, il rinnovo delle cariche sociali saprà ancora una volta ridefinire le strategie e gli obiettivi societari per una salute senza esclusioni, aprendo nuovi spazi e costruendo nuove traiettorie nel solco del nuovo Statuto.

Nel ringraziare ancora il CdP per il generoso, appassionato e fattivo sostegno alla nostra società e, più in generale, alla tutela della salute degli immigrati, vi saluto con tanto affetto per un arrivederci a Viterbo e formulo i miei migliori auspici per una SIMM sempre più con e per gli immigrati guidati dal nostro motto "*Dignitas in salute, Salus in dignitate*".

IL PRESIDENTE
Mario Affronti

La SIMM e gli sponsor

Cara Socia, caro Socio,

il Consiglio di Presidenza della SIMM ha stabilito di non accettare il contributo di sponsor per l'organizzazione del suo XII Congresso.

Nel corso dell'XI Congresso (Palermo 2011) alcuni partecipanti hanno sottoscritto un documento nel quale si chiedeva all'associazione la massima attenzione nella scelta di eventuali finanziatori.

Il rapporto tra operatori sanitari (di qualsiasi settore e a qualsiasi livello professionale) e industria (farmaceutica in particolare), è oggetto di crescente attenzione in tutto il mondo, sia per i possibili conflitti di interesse ad essi sottesi che per l'influenza che i mezzi di promozione possono avere sul comportamento degli operatori sanitari, anche senza che essi ne siano consapevoli (www.nograziepagioio.it).

Contrariamente a quanto ritenuto dalla maggior parte degli operatori sanitari, l'industria del farmaco è in grado di influenzare il comportamento dei singoli medici, di gruppi, di Associazioni di ammalati e di cittadini, fino alle Istituzioni, attraverso le più svariate modalità di promozione.

Fino a questo momento solo l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) si è data un codice di autoregolamentazione nel rapporto con l'Industria.

I regali e le sponsorizzazioni influenzano i destinatari (organizzatori e partecipanti al congresso, nel nostro caso) poiché la presenza del nome e del marchio della ditta impressi sul regalo, sulle locandine, sulle cartelline svolge un ruolo di rinforzo mnemonico. Inoltre il dono o la sponsorizzazione, inducono un sentimento di riconoscenza e di reciprocità, in sostanza, essendo culturalmente programmati a

restituire il regalo, anche senza volerlo, ci si ritrova, nella scelta tra 2 o più ditte, per esempio, a privilegiare quella che ci ha offerto il corso, il convegno o un oggetto (indipendentemente dal valore intrinseco dell'oggetto in sé).

Per chi fosse interessato rimandiamo alla consultazione di tre link: attraverso il primo (Link 1) è possibile leggere un documento sulla gestione dei conflitti di interesse redatto dall'Institute of Medicine degli USA; il secondo (Link 2) è il rapporto 2008 della Fondazione Macy di New York che a pag. 15 afferma come le responsabilità delle compagnie for-profit e quelle dei medici siano incompatibili (le prime devono rispondere agli interessi dei loro azionisti, mentre i secondi hanno una responsabilità morale verso i loro pazienti); nell'ultimo link (Link 3) si parla invece di un interessante caso di influenza occulta.

Dunque, alla luce di queste considerazioni, il Consiglio di Presidenza della SIMM, essendo quest'ultima un'associazione libera e non condizionata da interessi di potere e di affermazione, ha ritenuto di non richiedere e/o accettare sponsorizzazioni che potessero aver ripercussioni sull'attività professionale dei partecipanti. Vi attende un congresso più sobrio, ma anche, sicuramente, più libero!

il Consiglio di Presidenza della SIMM

Link 1: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0810200>

Link 2: http://macyfoundation.org/docs/macy_pubs/pub_ContEd_inHealthProf.pdf

Link 3: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/169/9/887>

Fare rete per la formazione. La collaborazione della SIMM all'interno della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG)

Maurizio Marceca, Alessandro Rinaldi, Giulia Civitelli, Giulia Silvestrini, Chiara Bodini, Ardigò Martino, Salvatore Geraci, Mario Affronti e la RIISG
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG) è una rete estesa a tutto il territorio nazionale che ha l'obiettivo di diffondere il paradigma della salute globale (SG) nelle università e nel contesto della società civile. È composta da Istituzioni accademiche, Società scientifiche, Organizzazioni non governative (ONG) e Associazioni, compresa la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Fanno attualmente parte della RIISG docenti e membri di:

- Università di Bologna - Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI)
- Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano - Area di Salute Globale e Sviluppo del Cergas
- Sapienza Università di Roma - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive e Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Medicina Traslazionale
- Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma - Istituto di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"
- Università di Firenze - Dipartimento di Sanità Pubblica
- Università di Perugia - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
- Segretariato italiano studenti di Medicina (SISM)

- Società italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)
- Medici con l'Africa Cuamm
- Società italiana Medici Manager
- Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG)
- Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità - Consulta Nazionale degli Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva

La nascita della RIISG è il risultato finale di un processo iniziato nel 2007, grazie allo stimolo dato dall'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, dal progetto europeo "Equal opportunities for health" coordinato da Medici con l'Africa CUAMM e dalla partecipazione attiva degli studenti di medicina (SISM) a livello nazionale. Le attività del progetto hanno portato studenti, giovani medici e ricercatori, docenti, professionisti sanitari e organizzazioni non governative a confrontarsi su tematiche di comune interesse e lavoro. La volontà di proseguire gli scambi e la collaborazione oltre il termine del progetto, e il desiderio di coinvolgere altre realtà sul territorio nazionale, hanno portato nel 2010 alla creazione della RIISG¹⁻².

L'obiettivo generale della RIISG è quello di contribuire al miglioramento della

salute della popolazione e alla riduzione delle disuguaglianze esistenti sia tra i paesi sia al loro interno, tramite un miglioramento delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle pratiche del personale sanitario.

Nella visione della RIISG, la SG è da intendersi come un nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria, radicato nell'approccio dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche: può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi, della riabilitazione, del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità.

La SG pone attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni della popolazione, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra 'globalizzazione' e 'salute' in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali. In quest'ottica, la SG mette in evidenza le disuguaglianze in salute sia tra i diversi Paesi che al loro interno, analizzandole attraverso la lente della giustizia sociale.

La SG non è un ambito meramente accademico, ma, promuovendo un'etica di responsabilità sociale, abbraccia i campi della ricerca, della formazione e della pratica, e mira a generare cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società, colmando il divario tra evidenza scientifica e decisioni operative¹⁻². Tra le diverse discipline coinvolte, una particolare centralità è da riconoscersi alla Sanità pubblica³.

Il concetto di SG nasce dalla riscoperta della salute come diritto espresso dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978⁴, durante la quale l'Organizzazione Mondia-

le della Sanità (OMS – WHO) manifestò la volontà di raggiungere la Salute per tutti entro l'anno 2000 (*'Health for All by the Year 2000'*).

Tuttavia, a più di trent'anni le evidenze scientifiche dimostrano che il diritto alla salute continua a non essere garantito e che le iniquità in salute sono aumentate⁵. Negli anni '80 e '90 infatti, una serie di stravolgimenti geopolitici (crisi petrolifere del 1973 e 1979) e il prevalere delle idee politiche neo-liberiste, contribuirono a trasformare la salute in bene economico, soggetto alle leggi del mercato, e privato della sua legittimità di diritto universale. Di conseguenza, la salute e i sistemi sanitari diventarono competenza non più soltanto dell'OMS, ma della Banca Mondiale e dell'Organizzazione Mondiale per il Commercio (WTO), caratterizzate da una visione della salute centrata sulla malattia⁶⁻⁷.

Dalla volontà di ribadire il suo ruolo nella promozione della salute, l'OMS nel 2008 ha pubblicato due rapporti: *"Primary health care: now more than ever"* e *"Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health"*, nei quali attribuisce alla salute una dimensione bio-psico-sociale e culturale e definisce i determinanti sociali della salute come quelle forze sociali, economiche e politiche, aventi un ruolo attivo come causa di malattia⁸⁻⁹.

Per questo la RIISG ritiene fondamentale diffondere l'insegnamento della SG per formare professionisti in grado di affrontare le crescenti sfide legate alla globalizzazione, come ad esempio la sempre maggiore presenza sul territorio europeo ed italiano di persone straniere.

La RIISG si impegna a:

1. contribuire all'elaborazione, alla discussione e alla diffusione della SG, intesa come nuovo approccio multidisciplinaria-

re alla salute che considera i processi di salute e malattia individuali fortemente connessi alle dinamiche sociali ed economiche collettive;

2. promuovere l'insegnamento della SG, sia a livello sia accademico che professionale;

3. promuovere spazi e momenti di confronto e dialogo sulla SG con altre discipline (tra cui antropologia, diritto, economia, etc.);

4. promuovere un dibattito pubblico sulle tematiche di SG e sensibilizzare le istituzioni civili, professionali e accademiche per attivare processi di trasformazione in grado di tradurre le buone pratiche in azioni concrete.

La scelta della rete come modalità di lavoro su questa tematica è stata dettata dalla necessità di individuare un linguaggio comune da cui poter partire per una progettazione condivisa. Nel concetto di rete, inoltre, un ruolo fondamentale è costituito dal riconoscimento reciproco del valore che i diversi attori rappresentano per raggiungere gli obiettivi concordati. Per questo la metodologia fino ad ora utilizzata è stata quella partecipativa, aperta ai contributi offerti da ogni attore

coinvolto, ma anche da tutti i soggetti realmente interessati alle tematiche affrontate che condividano i principi ispiratori e che vogliano dare il loro contributo.

Si tratta non soltanto di uno spazio di riflessione e approfondimento, ma di un gruppo di lavoro che non dimentica la necessità di tradurre le elaborazioni teoriche in azioni concrete, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative.

In Italia, dal 2009 i membri della RIISG hanno elaborato, e in seguito riformulato, un *curriculum standard* in Salute globale, ampiamente declinato in corsi universitari 'elettivi' (cioè non obbligatori ma a scelta degli studenti) e di aggiornamento professionale all'interno del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Il lavoro¹⁰ – in origine presentato come lista di moduli didattici di un curriculum standard – è stato successivamente riformulato in termini di obiettivi formativi (OF) articolati in 'sapere', 'saper fare', 'saper essere'. La struttura degli OF è modulare e suddivisa in una parte "fondamentale" ed una parte "integrativa" (figura 1).

L'insegnamento della cosiddetta 'medi-

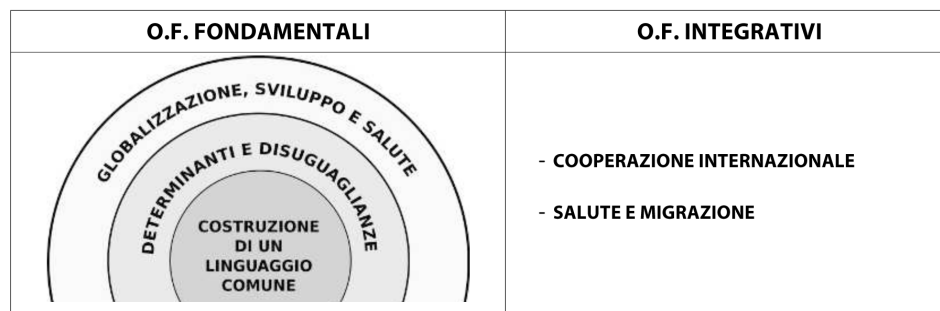


Figura 1 – RIISG. Obiettivi formativi in Salute globale

cina delle migrazioni', insieme a quello della cooperazione sanitaria internazionale, rientra nell'ambito degli OF integrativi. In realtà, questi due ambiti tematici si prestano ad essere utilizzati 'trasversalmente' come 'case studies' per fornire una visione concreta dei concetti presenti nei cosiddetti OF fondamentali. Molte sono le analogie tra il paradigma della salute globale e la visione di fondo della salute da parte della medicina delle migrazioni: basti pensare all'attenzione posta sulla salute come diritto fondamentale, alla centralità dei determinanti sociali della salute e al ruolo dell'ingiustizia sociale (in particolare con riferimento alla iniqua distribuzione delle risorse) nel generare le disuguaglianze in salute e in assistenza.

All'interno del percorso comune nella RIISG, la SIMM si è impegnata - previa discussione e approvazione del suo Consiglio di Presidenza - a coprire l'insegnamento dei moduli di 'Salute e Migrazione' all'interno dei corsi in Salute Globale su tutto il territorio nazionale, laddove richiesto. Anche a tal proposito ha istituito ed iniziato a organizzare un proprio 'Albo docenti'. I soci SIMM interessati a dare la loro disponibilità come docenti possono contattare Maurizio Marceca, in qualità di responsabile nazionale per la Formazione.

I membri della SIMM attivi nella RIISG cui poter fare riferimento sono attualmente: Mario Affronti, Chiara Bodini, Giulia Civitelli, Salvatore Geraci, Maurizio Marceca, Ardigò Martino, Alessandro Rinaldi, Giulia Silvestrini (... sperando di non aver scordato nessuno!).

Per ulteriori approfondimenti sull'insegnamento della salute globale, vedi al sito: <http://www.educationglobalhealth.eu>

Riferimenti bibliografici

- ¹ Civitelli G, Silvestrini G, Carovillano S et al. *Attualità e prospettive. La Rete Italiana per l'Insegnamento sulla Salute Globale*. Medici Manager 2010, n.2, pag. 12-17.
- ² Bruno S, Silvestrini G, Carovillano S, Rinaldi A, Civitelli G, Frisicale E, Marceca M, Tarsitani G, Ricciardi W e Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG). *L'insegnamento della Salute Globale nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia: l'offerta formativa nel triennio 2007-2010*. Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità 2011; 23 (5): 357-365.
- ³ Rosso A, Civitelli G, Marceca M. *Global Health, International Health and Public Health: which relationship?* Ann Ig 2012; 24: 263-267.
- ⁴ World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978.
- ⁵ Kunst AE, Mackenbach JP. *Measuring socioeconomic inequalities in health 2006*. WHO Regional Office for Europe.
- ⁶ Italian Global Health Watch. *From Alma Ata to the Global Fund: The History of International health policy*. Social Medicine 2008; 3 (1): 34-46.
- ⁷ Missoni E, Pacileo G. *Elementi di Salute Globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*. Milano, Franco Angeli, 2005.
- ⁸ CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- ⁹ The World Health Report 2008. *Primary Health Care. Now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008.
- ¹⁰ Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale. *Salute Globale, determinanti e disuguaglianze - obiettivi formativi*. (disponibile al sito http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth/images/corsi/ToT2010_obiettivi-formativi_partecipanti_def.pdf, ultima consultazione 10 Settembre 2012)

La SIMM e il Gruppo CRC per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Salvatore Geraci e Emma Pizzini

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC) è attualmente composto da 85 soggetti del terzo settore e della società civile che da tempo si occupano attivamente della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ed è coordinato da Save the Children Italia. La denominazione "Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza" deriva dalla traduzione italiana di *NGO Group for the CRC (CRC: Convention on the Rights of the Child)*, un network di livello europeo, con sede a Ginevra, che si è costituito nel 1983 nella fase di elaborazione della CRC ed ha avuto un ruolo molto importante nel processo di redazione della CRC. Attualmente tale network, di cui il Gruppo CRC fa parte, ha come obiettivo quello di facilitare la promozione, l'implementazione e il monitoraggio della CRC in particolare facilitando la partecipazione delle Coalizioni nazionali di ONG nazionali alle Sessioni del Comitato ONU.

In Italia il Gruppo CRC si è costituito nel dicembre 2000 con l'obiettivo prioritario di preparare il Rapporto sull'attuazione della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, supplementare a quello presentato dal Governo italiano, da sottoporre al Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso l'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite. Ad oggi sono stati editati

cinque rapporti di aggiornamento e due Rapporti supplementari.

Salvatore Geraci segue, come *referee*, tale iniziativa fin dall'inizio (2001). La SIMM è presente ufficialmente a partire dal 2° Rapporto (2006), dal 2008 fa formalmente parte del Gruppo CRC e nel 2012 è stata capofila nell'elaborazione del paragrafo dedicato alla salute del bambino straniero.

A maggio 2012 è stato presentato il V Rapporto CRC (2011-2012) dove si evidenzia, rispetto al volume precedente (2007-2008), un aumento della povertà, della dispersione scolastica, del lavoro minorile e dell'esclusione sociale. Sono i drammatici effetti della crisi, e del progressivo calo di risorse destinate alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, che sta soffocando i diritti di molti bambini d'Italia. Per questo il Gruppo CRC ha chiesto al Governo di approvare un *Piano straordinario nazionale di contrasto alla povertà minorile* e di valutare l'impatto che le politiche economiche e le riforme legislative hanno sui più giovani. Il Rapporto dedica attenzione anche ai minori stranieri in Italia. In particolare approfondisce il tema della protezione e dell'accoglienza dei minori non accompagnati, che al 31 dicembre 2011 risultavano essere 7.750 di cui 1.791 irreperibili. Oltre alla mancanza di un sistema nazionale di accoglienza, il Rapporto segnala alcuni casi in cui i minori sono stati accolti in modo inadeguato, hanno vissuto in condi-

zioni di promiscuità con gli adulti, privati di adeguate cure e della libertà personale. Nel documento, il Gruppo CRC affronta poi l'annosa questione del diritto di cittadinanza dei minori stranieri nati in Italia o giunti nel nostro Paese in tenera età, raccomandando al Parlamento una riforma della Legge 91/1992 per agevolare l'acquisizione. Infine, il Gruppo CRC raccomanda al Ministero della Salute di recepire quanto gli operatori di settore ed i tecnici delle Regioni propongono e cioè di prevedere l'iscrizione obbligatoria al SSN, o almeno garantire il Pediatra di libera scelta e il Medico di medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, a prescindere dalla loro condizione giuridica.

Una delegazione del Gruppo CRC ha partecipato al *Day of General Discussion*, la giornata annuale di approfondimento e confronto su singoli diritti della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza organizzata dal Comitato ONU a Ginevra nel mese di settembre 2012; l'argomento di quest'anno è stato *The rights of all children in the context of international migration* e sono state sostenute anche le raccomandazioni specifiche riguardanti la salute del bambino straniero¹.

Si riporta di seguito il testo elaborato da uno specifico gruppo di lavoro, approvato dal gruppo CRC e pubblicato sul 5° *Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2011-2012* (pp. 79:82) e scaricabile dal sito <http://www.gruppocrc.net/> o da quello della SIMM.

Accesso ai servizi sanitari per minori stranieri

48. Il Comitato raccomanda che lo Stato parte prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le regioni e che:

e) sviluppi e metta in atto una campagna di informazione e di sensibilizzazione sul diritto all'assistenza sanitaria di tutti i bambini, inclusi quelli di origine straniera, con particolare attenzione alle strutture di assistenza sanitaria utilizzate dalle comunità straniere; tale campagna deve includere la correzione degli elevati tassi di natimortalità e di mortalità prenatale tra le madri straniere.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. e

Il *profilo di salute* dei minori stranieri è condizionato da molteplici fattori ed eventi, che li interessano congiuntamente ai loro genitori o che sono specifici della loro condizione di minori. Li possiamo oggi definire «determinanti sociali»², e comprendono tra gli altri la possibilità di avvenuta esposizione nel paese di provenienza a eventuali specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali e/o comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; al momento dell'arrivo nel paese ospite, la capacità di accoglienza della società – condizionata dallo status giuridico – e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali³. L'essere soli, ricongiunti in rapporto all'età, nati in Italia, adottati o figli di irregolari condiziona significativamente il loro profilo di salute e le possibilità di intervento.

Un *approccio pluridimensionale* alla promozione della salute dei minori immigrati non può quindi ignorare da una parte politiche attive di inclusione sociale,

dall'altra l'elemento della «permeabilità» dei servizi, come questioni determinanti per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle disuguaglianze. In una recente risoluzione del Parlamento Europeo si sottolinea, in tal senso, che «le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria»; e per questo si invitano gli Stati membri «ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario», e in particolare «a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano»⁴.

In Italia, a fronte di un progressivo invecchiamento della popolazione, i residenti stranieri sono una popolazione giovane, al cui interno i *minori, tra nati sul posto e ricongiunti*, incidono per oltre un quinto (il 21,7% rispetto al 16,9% registrato tra l'insieme dei residenti). In virtù di un aumento annuale che supera le 60mila unità, alla fine del 2010 i residenti stranieri sono risultati essere quasi un milione (993.238); il che equivale a dire che un minore su 10 in Italia è un cittadino straniero. Tra essi prevalgono, sempre più nettamente, le seconde generazioni, ovvero i figli di immigrati nati direttamente sul territorio italiano. Solo nel corso del 2010 sono 78.082 (+1,3% rispetto al 2009) i nati in Italia da entrambi i genitori stranieri (il 13,9% delle nascite registrate nel Paese): un numero che porta a 650.802, al lordo delle acquisizioni di cittadinanza italiana e dei trasferimenti all'estero registrati nel

2010, i minori non immigrati ma stranieri (solo) sul piano giuridico⁵.

A fronte di una popolazione in crescita che, realisticamente, rappresenta il futuro dell'Italia, la risposta della *politica* è incerta. A livello *nazionale* è ancora in forse una riforma della Legge sulla cittadinanza e in ambito sanitario il tema della salute degli immigrati è stato ignorato nell'ultimo Piano sanitario nazionale. Inoltre, proposte specifiche di politiche sanitarie migliorative espresse da rappresentative società scientifiche⁶ non sono state prese in considerazione. In ambito *locale*, con il progressivo decentramento amministrativo, particolarmente avanzato nel campo della sanità, si registra una forte disomogeneità anche nell'applicazione delle normative nazionali in ambito di accessibilità dei servizi sanitari da parte dei minori stranieri e delle loro famiglie, cosa che si ripercuote sulle loro condizioni di salute⁷. Le Regioni e le Province autonome riservano a questo tema un'attenzione differenziata e spesso di carattere limitato: la metà delle realtà locali, infatti, non presenta nessun focus specifico nei propri atti normativi o si accontenta di pochi cenni in riferimento ai temi della prevenzione, promozione e tutela della salute materno-infantile. Al contrario, l'Emilia-Romagna, le Marche, la Puglia, la Sardegna, la Toscana e la Provincia autonoma di Trento attribuiscono una particolare rilevanza a quest'ambito e l'affrontano in maniera approfondita, attraverso sezioni dedicate all'interno dei documenti di programmazione sanitaria o progettualità specifiche. In queste Regioni vengono promossi interventi volti alla tutela della maternità, con l'indicazione di espedienti organizzativi che facilitino l'accesso delle donne straniere al «percorso nascita», come la produzione di materiale multilingue sui temi legati alla gravidanza, al parto e al puerperio, l'utilizzo di media-

trici culturali che permettano alle donne migranti una migliore fruizione in particolare dei servizi consultoriali e la sensibilizzazione degli operatori sugli aspetti culturali relativi alla nascita e alla cura dei figli⁸.

La conseguenza di politiche nazionali incerte e di politiche locali disomogenee, sono le *disuguaglianze nell'accesso* ai servizi da parte dei minori stranieri e delle loro famiglie. In particolare sulla nascita si sono concentrati i maggiori studi e in tutti si evidenziano *esiti peggiori* tra gli stranieri: prevalenza di nati pretermine, di nati con basso peso e di punteggio Apgar a 5 inferiore a 8 (indice di sofferenza neonatale)⁹ e anche un eccesso di natimortalità¹⁰. L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) evidenzia come la maggior parte dei ricoveri ordinari pediatrici (0-14 anni) si verifichino nella classe di età al di sotto dei 5 anni (come per altro anche tra i minori italiani) e siano l'8,9% sul totale dei ricoveri pediatrici per minori con i genitori provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) regolarmente residenti, e lo 0,7% per i non residenti (presumibilmente figli di immigrati irregolari). Interessante l'evidenza di come il peso medio dei DRG (cioè l'onere relativo sia in termini di costi che di impegno clinico per ciascun DRG, proporzionale alla remunerazione corrisposta) nei minori stranieri non residenti sia significativamente più alto rispetto ai minori italiani e agli stranieri residenti: 1,07 versus rispettivamente 0,71 e 0,73. Anche la durata media di degenza è quasi doppia: 8,5 giorni rispetto ai 4,7 degli italiani e 5,7 degli stranieri residenti¹¹. Tutto ciò fa presupporre che le condizioni di salute per i minori figli di immigrati irregolari e in condizione di incertezza giuridica (STP ed ENI¹²) siano più gravi all'atto del ricovero e il trattamento più complesso. Un progetto della Regione Lombardia ancora in corso, i cui risultati saranno dun-

que da confermare, ha tuttavia fatto già emergere un tasso di accesso dei minori migranti ai servizi di neuropsichiatria infantile per disturbi di linguaggio, di apprendimento o di comportamento che è quasi il doppio rispetto alle attese¹³.

Supportato da queste evidenze, il Tavolo interregionale «Immigrati e Servizi Sanitari», coordinato dall'«Osservatorio sulle Disuguaglianze sulla Salute» della Regione Marche, nel documento «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane», recepito all'unanimità dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, ha previsto, tra l'altro, l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale dei «minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno»¹⁴. Tali indicazioni sono state trasmesse al Ministero della Salute, che ha partecipato ai lavori del Tavolo, per renderle operative (eventualmente con un passaggio in Conferenza Stato-Regioni). Allo stato attuale, nonostante la determinazione del Tavolo interregionale, sono da segnalare ritardi e incertezze nel procedere.

Anche i medici impegnati nell'assistenza agli immigrati e i pediatri italiani con le loro maggiori organizzazioni stanno chiedendo, da alcuni anni, interventi a favore della famiglia immigrata, delle donne straniere e dei loro bambini per favorire salute, sana crescita psicologica e adeguato inserimento nella società italiana¹⁵: «Una delle necessità psichiche fondamentali durante l'età evolutiva è quella della stabilità. I bambini hanno bisogno di sapere di avere un luogo e un tempo sicuri in cui crescere e progettare il proprio futuro»¹⁶. Politiche migratorie che tengano le famiglie in condizioni di precarietà, ad esempio con permessi di soggiorno a cadenza annuale o

biennale, che comportano nei bambini un'incertezza anche riguardo alla possibilità di poter continuare il loro percorso scolastico nell'anno successivo, sono potenzialmente assai nocivi sia per la crescita psicologica che per il senso di appartenenza sociale di quelli che saranno gli italiani di domani»¹⁷.

Il Gruppo CRC raccomanda

1. Al *Ministero della Salute* di recepire quanto gli operatori di settore ed i tecnici delle Regioni propongono e cioè prevedere l'iscrizione obbligatoria al SSN, o almeno garantire il Pediatra di libera scelta e il Medico di medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, a prescindere dalla loro condizione giuridica.

2. Al *Ministero dell'Interno* di recepire quanto gli operatori di settore propongono e cioè di prevedere un prolungamento del Permesso di Soggiorno per gravidanza, attualmente rilasciato per tutta la durata della gravidanza e per i primi sei mesi dopo il parto, a 12 mesi, con la possibilità di trasformarlo successivamente in permesso per lavoro.

3. Al *Governo Italiano* di rileggere e modificare la normativa nazionale sull'immigrazione in un'ottica che favorisca il ricongiungimento familiare e più in generale i percorsi di inclusione delle famiglie straniere (politiche abitative, educative, lavorative, sociali, ecc.). Tale rilettura appare necessaria anche alla luce dell'impegno deciso dal Parlamento Europeo sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE (2010/2089(INI)).

Note

- ¹ Vedi testo proposto sul sito <http://grup-pocrc.net/Altre-attivita>.
- ² Dal 2008, con l'uscita del Rapporto *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, l'attenzione della comunità scientifica internazionale si è spostata su quello che può essere definito un nuovo paradigma della sanità pubblica e cioè la ricerca delle «cause delle cause» che inducono disuguaglianze sanitarie e producono malattie: sono i «determinanti sociali», distali rispetto alle condizioni patologiche, sui quali è necessario agire per migliorare la salute nei Paesi poveri come in quelli ricchi. Un ambito di rischio nei Paesi occidentali è quello di essere immigrato, in particolare se minore. http://saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/01/csdh_closing_the_gap.pdf.
- ³ Geraci S., El Hamad I., *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, in «Italian Journal of Public Health». Year 9, Volume 8, Number 3, Fall 2011, Suppl.3; S14:S20.
- ⁴ Risoluzione del Parlamento Europeo 8 marzo 2011 «Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea» (2010/2089; (INI)).
- ⁵ Dati Istat/Idos pubblicati sul Manuale *Comunicare l'immigrazione*. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2012.
- ⁶ Si vedano i documenti della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM: www.simmweb.it); della Società Italiana di Pediatria (SIP) con il Gruppo di lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI: www.glnbi.org); dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP).
- ⁷ <http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO ALLA SALUTE.pdf>.
- ⁸ Geraci S., Bonciani M., *Normativa sull'assistenza in gravidanza e nel puerperio per le straniere*, in «Rapporti Istituzionali» 11/12: *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009* (a cura di Lauria L. e Andreozzi S.), Roma, 2011, 48:62.

- ⁹ Lauria L., Andreozzi S. (a cura di), *Percorso nascita e immigrazione in Italia*, op. cit.
- ¹⁰ http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/3-2009_salute_immigrati.pdf.
- ¹¹ Fonte: Ministero della salute/Agenas; elaborazioni a cura dell'Osservatorio Diseguaglianze della Regione Marche, dati anno 2009.
- ¹² STP: Straniero Temporaneamente Presente. È il codice sanitario attribuito allo straniero non comunitario privo di permesso di soggiorno. ENI: Europeo non iscritto. È il codice sanitario identificativo attribuito al cittadino comunitario in condizione di fragilità sociale e privo di altra copertura sanitaria.
- ¹³ Mazzoni R., Pizzinato G., Dal Lago B., *Migrazione e disagio psichico nell'età evolutiva e nell'adulto*, in press.
- ¹⁴ <http://www.ars.marche.it/nuovo/html/download/diseguaglianze/Documento-on%20line.pdf>.
- ¹⁵ Cataldo F., Geraci S., Sisto M.R., *Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie*. in «Medico e bambino», 5/2011; 306:310.
- ¹⁶ In quest'ottica andrebbe rivisitato anche l'art. 31 del Testo Unico sull'immigrazione, in cui il Tribunale per i Minorenni, nell'esclusivo interesse del bambino, autorizza il genitore straniero irregolare a risiedere temporaneamente in Italia. Tale norma però prevede, per il minore e la sua famiglia che nel frattempo ha avviato un processo di inserimento e di integrazione socio-culturale, di dover affrontare un vero e proprio procedimento di espulsione, al termine del tempo stabilito.
- ¹⁷ http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/4-11-documento_finale_SIMM-GLNBI_SIP_2010.pdf.

Contatti:
per la SIMM: Salvatore Geraci
(s.geraci@simmweb.it)
per CRC: info@gruppcrc.net

La SIMM e l'Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica alla popolazione immigrata

Margherita Andretta¹, Elisa Cinconze², Enrico Costa¹, Roberto Da Cas³, Salvatore Geraci⁴, Elisa Rossi², Gianni Tognoni⁵, Giuseppe Traversa³

¹ Società Italiana di Farmacia Ospedaliera; ² CINECA; ³ Istituto Superiore di Sanità;

⁴ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ⁵ Consorzio Mario Negri Sud

Introduzione

I cittadini stranieri residenti in Italia nel 2010 sono 4 milioni 235 mila (7,0% della popolazione)¹. Se si sommano tutte le persone regolarmente soggiornanti, seppure non ancora iscritte in anagrafe, si arriva a 4 milioni 919 mila (1 immigrato ogni 12 residenti)². A questi va aggiunta la quota di immigrati in condizione di irregolarità giuridica che si stima sia intorno al 10% della componente regolare, anche se con forte diversificazione territoriale.

Nell'ultimo decennio la presenza straniera è pressoché triplicata, con un aumento di circa 3 milioni di unità, passando da 1 milione 400 mila immigrati residenti nel 2000 ad oltre 4 milioni nel 2010. In particolare, nel 2009, il maggior incremento negli ingressi ha riguardato i cittadini di Paesi dell'Europa dell'Est e del subcontinente indiano: +18,1% Moldova, +17,1% Pakistan, +15,3% India e +13,1% Ucraina¹.

Circa la metà degli stranieri proviene da Paesi dell'Est europeo: in particolare, il 25% da Paesi UE di nuova adesione (fra cui 888 mila dalla sola Romania).

Accesso ai servizi sanitari

Ai cittadini stranieri non comunitari è

garantito il diritto alla tutela sanitaria sulla base del Testo Unico sull'immigrazione.

Per quel che riguarda i cittadini comunitari, con il recepimento di una Direttiva europea, l'Italia si è adeguata all'impianto normativo sopranazionale, assicurando la copertura sanitaria ai cittadini in possesso della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM), seppur per un periodo limitato e per alcune tipologie di assistenza (interventi urgenti e/o condizioni di bisogno cronico) e stabilendo norme per l'accessibilità ai servizi sanitari nei vari Paesi dell'Unione per presenze strutturate (lavoro, studio, residenza elettiva).

Il ritardo con cui il nostro Paese ha recepito la Direttiva Europea, e il concomitante ingresso nella UE di Romania e Bulgaria, non hanno consentito l'accesso ai servizi sanitari di una quota rilevante di popolazione che non possedeva i requisiti richiesti (TEAM) e si trovava in condizioni di marginalità. Questa situazione è stata in parte affrontata da una nota del Ministero della Salute la quale richiede che siano «attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnostici e cura delle malattie

infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale».

Purtroppo ancora oggi si assiste ad una mancanza di uniformità di applicazione a livello regionale, soprattutto per le disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari degli immigrati irregolarmente presenti e dei comunitari in condizione di fragilità sociale³⁻⁸.

L'assistenza farmaceutica in Italia

A partire dal 2004, il governo dell'area farmaceutica in Italia è gestito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)⁹. L'organizzazione e il funzionamento dell'AIFA sono finalizzati, tra l'altro, alla tutela del diritto alla salute, all'unitarietà del sistema farmaceutico, all'accesso ai farmaci innovativi e ai farmaci orfani per le malattie rare, all'impiego sicuro e appropriato dei medicinali, alla definizione del regime di rimborsabilità/fornitura e del prezzo dei farmaci.

Il Prontuario Terapeutico Nazionale comprende la lista dei medicinali in commercio in Italia. La suddivisione dei farmaci secondo il regime di rimborsabilità è distinta nelle classi A, H e C. La classe A comprende farmaci essenziali, destinati alla cura di malattie croniche, rimborsati interamente dal SSN, ad eccezione di quelli per cui è prevista la nota AIFA che vincola la rimborsabilità a specifiche condizioni patologiche o terapeutiche in atto. La fornitura dei farmaci di classe A avviene attraverso le farmacie territoriali pubbliche e private o le strutture sanitarie pubbliche (distribuzione diretta). La classe H comprende i farmaci rimborsati dal SSN a condizione che siano utilizzati in ambito ospedaliero o in una struttura ad esso assimilabile. La classe C comprende farmaci a totale carico del paziente.

La possibilità di distribuire attraverso le strutture sanitarie alcune tipologie di farmaci direttamente ai cittadini è iniziata

con l'entrata in vigore della Legge 405/2001 ed ha una valenza non solo di carattere economico, ai fini cioè della riduzione della spesa territoriale, ma anche e soprattutto di tutela clinica del paziente e di garanzia di continuità farmaco-terapeutica ospedale-territorio, nonché di appropriatezza di utilizzo dei farmaci.

La cosiddetta distribuzione diretta può essere attuata attraverso tre diverse modalità.

- Una prima modalità prevede l'erogazione del farmaco, limitata al primo ciclo di terapia, a pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero o a seguito delle visite specialistiche ambulatoriali.
- Una seconda modalità prevede l'erogazione di farmaci specialistici inseriti nella lista del PHT (Prontuario Ospedale-Territorio) ad assistiti che necessitano di periodici controlli presso le strutture sanitarie.
- Una terza modalità (distribuzione per conto) consiste nella facoltà da parte delle Aziende Sanitarie di stipulare accordi con le Associazioni sindacali delle farmacie territoriali acquistando a prezzi scontati i medicinali del PHT e riconoscendo ai farmacisti e ai grossisti dei margini inferiori, quindi più convenienti per il SSN, rispetto a quanto avverrebbe attraverso la tradizionale filiera distributiva. Agli assistiti viene consentito di rifornirsi presso le farmacie, ovviando ai disagi dovuti alla scarsa capillarità e agli orari di apertura limitati delle strutture sanitarie.

Nel 2011 tutte le Regioni hanno applicato la distribuzione diretta dei farmaci sia ai pazienti che necessitano periodici controlli specialistici, sia al momento della dimissione ospedaliera (I ciclo di terapia). Soltanto la Provincia Autonoma di Bolzano non ha adottato la distribuzione dei far-

maci al momento della dimissione ospedaliera.

Per quanto riguarda la distribuzione per conto, ad eccezione dell'Abruzzo e della Sicilia, in tutto il territorio nazionale sono stati stipulati accordi, sia a livello regionale sia a livello aziendale.

L'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica è definito per ciascun anno come quota del finanziamento complessivo del SSN (Fondo Sanitario Nazionale). In particolare, per il 2011, il tetto per la farmaceutica territoriale (comprensivo della spesa farmaceutica convenzionata, della distribuzione diretta, della distribuzione per conto e del ticket) è stato pari al 13,3% e il tetto per la farmaceutica ospedaliera al 2,4%.

Dal 1° gennaio 2001 è stata abolita a livello nazionale ogni forma di partecipazione degli assistiti al costo dei medicinali di classe A. Tuttavia, al fine di contenere lo scostamento dal tetto programmato di spesa farmaceutica, le Regioni hanno la facoltà di reintrodurre il ticket sui medicinali; in effetti la maggioranza delle Regioni ha reintrodotta le compartecipazioni, con la conseguenza di possibili differenziazioni in termini di accessibilità.

Il progetto

Il progetto 'Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica alla popolazione immigrata' nasce nel 2010 dalla collaborazione tra alcune istituzioni e società scientifiche, (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Cineca, Consorzio Mario Negri Sud e Istituto Superiore di Sanità), con l'obiettivo di descrivere il grado, la tipologia e la qualità di accesso al farmaco da parte della popolazione immigrata presente in Italia, come indicatore della fruibilità del diritto all'assistenza sanitaria¹⁰.

In Italia, le informazioni sulla condi-

zione degli immigrati sono eterogenee e poco orientate a descriverne lo stato di salute, a causa delle difficoltà di valutare i) i non noti livelli di "esposizione" a fattori ambientali, microbiologici, culturali e/o comportamentali nel Paese di provenienza, ii) il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico, iii) il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali^{2,11-13}.

Gli studi finora condotti, a partire da indagini specifiche o tramite i database amministrativi, hanno utilizzato soprattutto le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)¹⁴⁻¹⁶. Limitate informazioni sono disponibili circa le prescrizioni farmaceutiche che, invece, riferendosi all'ambito territoriale proprio della cronicità, potrebbero fornire indicazioni importanti, complementari alle SDO, sulle condizioni di salute della popolazione immigrata¹⁷.

Inoltre, in seguito alle differenti politiche regionali sulla compartecipazione alla spesa farmaceutica, indotte dal decentramento della sanità e dalla crescente responsabilizzazione delle Regioni sull'eventuale disavanzo rispetto alle risorse necessarie per la sanità, l'analisi delle prescrizioni farmaceutiche può consentire di rilevare oltre che eventuali disuguaglianze tra cittadini italiani anche differenze nei livelli di assistenza e di continuità delle terapie degli immigrati presenti nel nostro Paese⁵.

Materiali e metodi

Popolazione

La popolazione di riferimento è rappresentata dagli assistibili provenienti dalle ASL partecipanti all'Osservatorio ARNO – CINECA (32 ASL presenti in otto Regioni, per un totale di 11.046.609 assistibili)¹⁸ e

dalle ASL della Regione Umbria (4 ASL per un totale di 900.790 assistibili)¹⁹.

La popolazione inclusa nelle analisi è rappresentata dai cittadini residenti nelle ASL per le quali si dispone dei dati completi relativi al monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche nonché dei dati individuali necessari per risalire alla cittadinanza.

Individuazione delle coorti (anno 2010)

La popolazione finale utilizzata nell'individuazione delle coorti è rappresentata da 9.037.555 assistibili appartenenti a 32 ASL di sei Regioni (Veneto, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, e Puglia) e rappresenta il 75,6% della popolazione di riferimento e il 15,0% della popolazione residente in Italia.

La popolazione è stata suddivisa in cinque coorti definite sulla base del Paese di nascita (desunto dal codice fiscale) e della cittadinanza (ricavata dall'anagrafe degli assistibili). In particolare, si è inteso caratterizzare la popolazione degli immigrati mediante il paese di provenienza (PFPM: Paesi a forte pressione migratoria; e PSA: Paesi socialmente avanzati) ed essere (o meno) nati in Italia:

1. *immigrati PFPM nati all'estero*: cittadini nati all'estero e con cittadinanza straniera di paesi a forte pressione migratoria (PFPM);

2. *immigrati PFPM nati in Italia*: cittadini nati in Italia e con cittadinanza straniera di paesi a forte pressione migratoria (PFPM);

3. *immigrati PSA*: cittadini nati all'estero o in Italia con cittadinanza straniera di paesi a sviluppo avanzato (PSA);

4. *nuovi italiani*: cittadini italiani nati all'estero o cittadini stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana;

5. *italiani*: cittadini nati in Italia con cittadinanza italiana.

Profilo prescrittivo (anno 2011)

La popolazione utilizzata nell'analisi del profilo prescrittivo è rappresentata da circa 7 milioni di cittadini presenti nelle anagrafi sanitarie al 31/12/2011 e residenti nelle 32 ASL di sei Regioni (Veneto, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo e Puglia). Sono esclusi gli immigrati temporaneamente residenti (STP) poiché il codice STP, utilizzabile in caso di prestazioni rese ad immigrati non in regola con il permesso di soggiorno, avendo validità semestrale, non identifica in maniera univoca gli assistibili e risulta essere quindi un tracciante della prestazione ma non del paziente.

Sulla base della cittadinanza e del Paese di nascita sono stati identificati gli immigrati PFPM nati all'estero e in Italia e, per ciascun soggetto, è stato selezionato in maniera casuale un cittadino italiano appaiato per età, sesso e comune di residenza.

I dati analizzati si riferiscono alle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN effettuate nell'anno 2011 ed erogate attraverso le farmacie territoriali pubbliche e private, è compresa altresì la distribuzione diretta e per conto.

Le analisi sull'uso dei farmaci sono presentate principalmente in termini di prevalenza d'uso, definita come percentuale di assistibili che nel periodo in esame hanno ricevuto almeno una prescrizione, e numero di dosi per utilizzatore (come indicatore di intensità del trattamento).

Risultati

Analisi delle coorti

Le coorti oggetto dello studio costituiscono il 10,5% del campione: 6,9% sono immigrati PFPM nati all'estero, 1,2% immigrati PFPM nati in Italia, 0,4% immigrati PSA e 2,1% nuovi italiani, ossia italiani nati

all'estero o stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana; il rimanente 89,5% è rappresentato dai cittadini italiani nati in Italia.

La *presenza* degli stranieri mostra una forte variabilità tra regione e regione con una presenza maggiore nelle regioni del Centro-Nord:

- Veneto: 12,4% (immigrati PFPM nati all'estero: 8,1%; immigrati PFPM nati in Italia: 1,6%; immigrati PSA: 0,2%; nuovi italiani: 2,5%);
- Umbria: 14,3% (immigrati PFPM nati all'estero: 9,6%; immigrati PFPM nati in Italia: 1,4%; immigrati PSA: 0,8%; nuovi italiani: 2,6%);
- Toscana: 11,4% (immigrati PFPM nati all'estero: 7,2%; immigrati PFPM nati in Italia: 1,1%; immigrati PSA: 0,7%; nuovi italiani: 2,4%);
- Puglia: 1,6% (immigrati PFPM nati all'estero: 1,0%; immigrati PFPM nati in Italia: 0,0%; immigrati PSA: 0,1%; nuovi italiani: 0,5%).

Le *donne* rappresentano il 51,7% del totale: il 53,4% degli immigrati PFPM nati all'estero, il 48,3% degli immigrati PFPM nati in Italia, il 62,4% degli immigrati PSA, il 57,4% dei nuovi italiani e il 51,4% dei cittadini italiani nati in Italia.

La *distribuzione per età* presenta un'ampia variabilità tra le coorti. In particolare, il 98% degli immigrati PFPM nati all'estero ha un'età inferiore ai 65 anni (0-17: 10,4%; 18-34: 39,9%; 35-49: 35,0%; 50-64: 12,6%) a differenza della coorte degli italiani in cui la quota al di sopra dei 65 anni è pari al 24,3%; gli immigrati PFPM nati in Italia, ossia i figli degli immigrati, sono per il 96,4% al di sotto dei 18 anni, mentre le altre coorti di immigrati hanno una prevalenza di minori che varia dall'8 al 10%. Le coorti degli immigrati PSA e nuovi italiani presentano una distribuzione di classi d'età sovrapponibile, rispettivamente 0-

17: 8,9% e 10,5%; 18-34: 19,0% e 18,3%; 35-49: 37,7% e 36,8%; 50-64: 20,4% e 21,2%; >65: 14,1% e 13,2%.

La *prevalenza d'uso di farmaci* presenta differenze tra le coorti (43,7% negli immigrati PFPM nati all'estero, 46,1% negli immigrati PFPM nati in Italia, 39,5% negli immigrati PSA, 54,3% nei nuovi italiani, e 66,7% negli italiani) e, all'interno delle singole coorti, vi sono differenze tra le Regioni:

- Veneto: immigrati PFPM nati all'estero: 43,4%; immigrati PFPM nati in Italia: 43,7%; immigrati PSA: 43,2%; nuovi italiani: 54,9%; italiani: 64,7%;
- Umbria: immigrati PFPM nati all'estero: 37,0%; immigrati PFPM nati in Italia: 50,5%; immigrati PSA: 20,8%; nuovi italiani: 42,9%; italiani: 74,4%;
- Toscana: immigrati PFPM nati all'estero: 49,3%; immigrati PFPM nati in Italia: 48,8%; immigrati PSA: 48,3%; nuovi italiani: 58,7%; italiani: 70,8%;
- Puglia: immigrati PFPM nati all'estero: 52,7%; immigrati PFPM nati in Italia: 65,2%; immigrati PSA: 41,7%; nuovi italiani: 59,9%; italiani: 74,0%.

Queste differenze, come si può notare nel paragrafo successivo, sono in larga misura attribuibili alla diversa composizione per età delle coorti.

Profilo prescrittivo

Le due coorti in studio, composte da immigrati PFPM (nati all'estero e in Italia) e da cittadini italiani, includono 583.619 assistibili ciascuna, con un'età mediana di 32 anni e una proporzione di donne del 53%. Il 50% della popolazione immigrata e il 58% di quella italiana hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso del 2011, con un'età mediana degli utilizzatori (35 anni) ed un rapporto maschi/femmine (0,84) sovrapponibili. Nel corso dell'anno, i

cittadini italiani ricevono mediamente una confezione in più rispetto agli immigrati (6 vs 5 confezioni), con una spesa per utilizzatore (146 vs 120 euro) e una intensità di trattamento (195 vs 180 DDD per utilizzatore) superiori rispettivamente del 22% e dell'8% nei confronti della popolazione immigrata.

Nei bambini al di sotto dei 5 anni la prevalenza d'uso si attesta per entrambe le coorti intorno al 60%. All'aumentare dell'età invece il livello d'uso tra le coorti si differenzia in misura significativa raggiungendo, nella popolazione oltre 65 anni, l'80% negli italiani e il 75% tra gli immigrati. In entrambe le coorti, nelle fasce d'età comprese tra 15 e 65 anni, le donne ricorrono maggiormente ai farmaci rispetto agli assistiti di sesso maschile.

Tra le principali categorie ATC, si riscontrano sia per la popolazione immigrata che italiana maggiori livelli di esposizione tra i farmaci antibatterici (prevalenza d'uso, rispettivamente 33% e 38%), gastrointestinali (rispettivamente 13% e 12%) e respiratori (rispettivamente 11% e 15%), la cui prescrizione viene effettuata per problemi acuti. Nelle categorie ad utilizzo cronico, come ad esempio il cardiovascolare, si rileva un'esposizione e un'intensità d'uso simile nelle due coorti (rispettivamente 7% negli immigrati e 8% negli italiani; 435 dosi per utilizzatore negli immigrati e 474 dosi negli italiani).

Approfondendo l'analisi sui principali problemi clinici trattati in medicina generale, si osserva che gli immigrati hanno un livello di esposizione superiore agli italiani per quanto concerne i farmaci antidiabetici (1,9% rispetto a 1,2%, una differenza di oltre il 50%), gastroprotettivi (9,6% vs 8,1) e antiinfiammatori (10,7% vs 7,6%). Differenze non sostanziali si rilevano per il trattamento dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia, mentre gli italiani hanno una

maggiore prevalenza d'uso di farmaci utilizzati nella prevenzione dei sintomi dell'asma e della BPCO e una prevalenza doppia di antidepressivi.

Discussione

L'analisi delle coorti ha evidenziato una presenza di stranieri pari a circa il 10% della popolazione complessiva, con un forte divario tra il Nord e il Sud del Paese. La differenza riscontrata rispetto alle rilevazioni ISTAT, che per l'anno 2010 indicano una prevalenza di stranieri in Italia del 7%, può essere spiegata dalla maggior presenza nel campione analizzato di Regioni del Centro-Nord dove gli immigrati, almeno per quel che riguarda la componente giuridicamente regolare, rappresentano una quota significativamente maggiore rispetto al Sud¹.

La popolazione straniera maggiormente rappresentata è costituita dagli *immigrati nati in Paesi a forte pressione migratoria*, sinonimo di immigrati nell'accezione comune del termine. Si tratta prevalentemente di giovani adulti, spesso alla ricerca di un lavoro e di una casa, a conferma di quanto il miglioramento delle condizioni di vita rispetto al Paese di origine sia una delle motivazioni principali alla base del fenomeno migratorio.

Gli *immigrati nati in Italia*, figli dei movimenti migratori verso il nostro Paese iniziati negli anni '80 ma intensificatisi negli ultimi 2 decenni, sono nella quasi totalità minorenni. Questi ragazzi costituiscono una popolazione a sé che sarà interessante ulteriormente stratificare per età e confrontare con i loro coetanei italiani, con cui condividono oramai cultura, lingua e istruzione, pur essendo esclusi dalla cittadinanza, che potranno richiedere solo al compimento del diciottesimo anno di età.

Gli immigrati provenienti da Paesi ricchi hanno caratteristiche demografiche molto simili a quelle dei *nuovi italiani*; sono nella maggior parte donne, tra i 35 e i 49 anni, in Italia per motivi di lavoro o a seguito di matrimonio, che nel caso dei nuovi italiani ne determina l'acquisizione della cittadinanza. È ragionevole supporre che queste due popolazioni vivano in condizioni socio-economiche favorevoli, assimilabili a quelle della popolazione italiana.

La stratificazione in base allo stato di nascita e alla cittadinanza ha permesso di evidenziare sottopopolazioni con caratteristiche demografiche profondamente diverse, soprattutto per quanto riguarda la composizione per età che, come atteso, si è dimostrato essere uno dei fattori predittivi del consumo di farmaci, sia per gli immigrati che per gli italiani.

I dati sembrano indicare come una volta identificato il problema assistenziale le modalità di prescrizione non risultano, come auspicabile, influenzate dalla cittadinanza.

In un contesto di profonda revisione della spesa sanitaria, risulta importante evidenziare che la popolazione immigrata non incide in misura sostanziale sulla spesa farmaceutica. In complesso, si può stimare che la popolazione immigrata, nonostante rappresenti oltre il 7% della popolazione italiana, consumi solo poco più del 2% sulla spesa farmaceutica territoriale SSN. La ragione è che gli immigrati sono più giovani della popolazione italiana, presentano una minore prevalenza di utilizzatori e una minore intensità di prescrizione per utilizzatore.

Le eventuali differenze nel profilo prescrittivo, non spiegate dal maggior indice di vecchiaia della popolazione autoctona, richiederanno una riflessione sulla reale possibilità per gli stranieri di accedere al farmaco e, più in generale, ai servizi sanita-

ri a causa di barriere linguistiche, culturali e sociali esistenti, come confermato in letteratura soprattutto attraverso le analisi dei tassi di ospedalizzazione della popolazione immigrata^{14, 20-22}.

Prospettive e potenzialità

La popolazione in esame non rappresenta l'intera realtà italiana. Sebbene un aumento del campione non comporterà verosimilmente cambiamenti sostanziali nei risultati, la possibilità di estendere l'Osservatorio ad altre Regioni permetterà di confrontare eventuali differenze di accesso e presa in carico tra le diverse realtà locali anche in relazione alle politiche sanitarie adottate.

Il confronto tra il profilo prescrittivo e i dati epidemiologici potrebbe favorire lo sviluppo di politiche sanitarie (nazionali, regionali, locali) coerenti con la condizione ed i bisogni di salute di questa popolazione.

Futuri approfondimenti potranno riguardare specifiche patologie (es: depressione, diabete, TBC) e popolazioni (es: bambini, donne). Inoltre, sarà di interesse cogliere eventuali differenze fra popolazioni relativamente alla cronicità/intensità dei trattamenti ricevuti, quale indicatore di presa in carico dei soggetti.

Le analisi non considerano gli *immigrati irregolari dal punto di vista giuridico* perché la normativa vigente, oltre a privarli della maggior parte dei diritti rendendoli ancor più vulnerabili di quanto la loro condizione imponga, non ne consente la tracciabilità e di conseguenza la possibilità di descriverne le storie assistenziali, programmando così adeguate politiche sanitarie coerenti con i bisogni.

Bibliografia

- Aa.Vv. *I diritti sociali degli stranieri*. Utet Giuridica, Milano 2009.
- Barro G, Cislighi C, Costa G, Lemma P, Bandera L. *Health problems of foreigners immigrated to Italy: the answer of institutions*. *Epidemiol Prev* 1993; 17: 239-43.
- Cacciani L, Baglio G, Rossi L et al. *Hospitalisation among immigrants in Italy*. *Emerg Themes Epidemiol* 2006; 3:4.
- Caritas Italiana. *Guida all'orientamento legale dei cittadini stranieri*. Roma, 2010.
- Caritas/Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione*, 2010 (2008; 2009).
- Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Coordinamento Interregionale in Sanità. Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari", Coordinamento Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute Regione Marche. Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome Italiane. Giugno 2011.
- Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Inprinting srl, Roma, 2010.
- Geraci S, Martinelli B. *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002.
- Grassini EC, Guidi C, Monzani A, Di Pietro P, Bona G. *Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients*. *Ital J Pediatr* 2009; 35: 3.
- ISTAT, *La popolazione straniera Residente in Italia*, 2010 (2008; 2009).
- Medda E, Baglio G, Guasticchi G, Spinelli A. *Reproductive health of immigrant women in the Lazio region of Italy*. *Ann Ist Super Sanità* 2002; 38: 357-65.
- Monte S, Fanizza C, Romero M, Rossi E, De Rosa M, Tognoni G. *Database amministrativi come risorsa accessibile e strumento efficiente per l'epidemiologia cardiovascolare. Metodologia generale e scenari di applicazione ai modelli della cronicità e dello scompenso*. *G Ital Cardiol* 2006; 7(3):206-216.
- Nascimbene B. (a cura di). *Diritto degli stranieri*. Cedam, Padova, 2004.
- Pennazza F, Boldrini R. *Rapporto statistico il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000*. Roma: Ministero della Salute, D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici Ufficio di Statistica; 2000.
- Rondelli R, Dini G, De Rosa M et al. *Foreign children with cancer in Italy*. *Ital J Pediatr* 2011; 37:44.
- Spallek J, Zeeb H, Razum O. *What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach*. *Emerg Themes Epidemiol* 2011; 8:6.
- Tognoni G. *Farmaci essenziali come indicatori di diritto*. *Giorn Ital Farm Clin* 1998; 12: 116-22.
- Fonte: popolazione ISTAT al 1/1/2010; (<http://demo.istat.it>).
- <http://osservatorioarno.cineca.org/aziende.htm>
- <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>
- Contatto: Enrico Costa
(enrico.costa@ospedaleuniverona.it)

La SIMM nella Rete Europea SMES: Salute Mentale ed Esclusione Sociale

*In tutto il mondo c'è abbastanza per i bisogni di tutti,
ma non abbastanza per l'avidità di tutti*
Gandhi

*Superare la povertà non è un gesto di carità.
Si tratta di un atto di giustizia.
È la tutela di un diritto umano fondamentale*
Mandela Nelson

La Salute, sia mentale che fisica e sociale,
passa attraverso la Dignità

Luigi Leonori

SMES Europa e socio SIMM

Origine: la rete europea SMES è stata promossa nel 1992 a Roma in seguito al primo seminario europeo sui senzatetto (i "barboni") dimenticati ed abbandonati, in condizioni di estrema povertà sanitaria e sociale e - spesso - con problematiche di salute mentale.

Missione: è una Associazione Internazionale Senza Scopo Lucro (AISBL), che opera all'intersezione del campo della salute mentale e dell'esclusione sociale, con la finalità di promuovere la *dignità* ed il *ben-essere* mentale, fisico e sociale delle persone particolarmente vulnerabili ed escluse, congiuntamente alla promozione del diritto fondamentale della persona alla casa, alla salute, all'educazione ed al lavoro.

In altri termini: promuovere e facilitare l'accesso ai diritti fondamentali attraverso la partecipazione alla vita cittadina e la solidarietà della società civile verso i più deboli.

Obiettivi specifici: informare per accrescere la consapevolezza di tutta la società civile; sviluppare il network a livello locale, regionale ed europeo; promuovere la formazione continua attraverso incontri di studio, scambi di esperienze e conferenze; analizzare attraverso ricerche/azioni le cause dell'esclusione, per oltrepassare l'assistenza a vantaggio della partecipazione attiva. Moltiplicare gli interventi di lobbying ed advocacy.

Popolazione mirata, direttamente gli operatori del sociale e sanitario e attraverso loro: le persone senzatetto, abbandonate, in condizioni di estrema povertà sanitaria e sociale, frequentemente con problemi di salute mentale e disturbi di malattia mentale. In particolare i malati mentali abbandonati e senza trattamento, gli (ex) detenuti, e i soggetti dipendenti da alcool e droghe, gli anziani abbandonati, i rifugiati ed i migranti senza permesso di soggiorno.

Perché SMES-Europa e i migranti

SMES-Europa pone un'attenzione particolare ai migranti sia che provengano da paesi terzi, soprattutto coloro che sono senza documenti, ma anche cittadini europei che circolano – senza protezione sanitaria e sociale – da un paese all'altro in cerca di stabilità e benessere. Infatti sempre più tra le persone vulnerabili, marginalizzate e a rischio di esclusione che frequentano ostelli, mense popolari, ambulatori solidali, si incontrano stranieri, accomunati da simili complessi bisogni ai cittadini del paese che volente o nolente li ospita .

L'*indesiderabilità* purtroppo e la messa al bando è l'attitudine che sempre più relega queste persone, costringendole a vivere in condizioni di crescente disagio sia sociale che mentale, a ricercarsi spazi ove possano ancora in maniera quasi invisibile trovare un posto che altri non consentono di condividere con loro. Ed è esattamente cioè che si ripete quotidianamente con gli homeless che in maniera permanente vivono in situazione di marginalità crescente ed esclusione totale. L'*indesiderabilità* caratterizza sempre più le politiche relative ai migranti, ed il suo ovvio corollario: *rifiuto attivo, esclusione e discriminazione* impregnano sia il parlare politico che le conseguenti reazioni dei cittadini, mentre l'accoglienza umanitaria ed i principi d'integrazione cittadina rimangono a livello di buone intenzioni.

Non per nulla così si esprimeva il Parlamento europeo: *le misure adottate dal Consiglio e dagli Stati membri sono misure principalmente repressive per il controllo dei flussi migratori e non proattive nei paesi terzi.... le strategie che mirano a ridurre la povertà, migliorare le condizioni di vita e di lavoro, creare impieghi e sviluppare la formazione nei paesi d'origine, contribuiscono a lungo termine a gestire dignitosamente ed adeguatamente i flussi migratori.*

Ferite invisibili e vulnerabilità

I cosiddetti *illegali (clandestini-invisibili)*, come altri gruppi della popolazione ai margini, nei confronti dei quali si accaniscono tutte le politiche repressive, non sono altro che la punta dell'iceberg di un fenomeno sociale strutturale, gestito – ormai da anni - in modo assolutamente inadeguato e incoerente dalla classe politica in Europa, malgrado tutte le dichiarazioni di principio sottoscritte a più riprese da tutti gli stati membri.

Inoltre, a causa del loro statuto – cosiddetto *illegale* – queste persone sono considerate come una minaccia permanente all'ordine pubblico e, di conseguenza, ogni *mezzo utile*, tanto amministrativo che poliziesco, diventa *giustificato*, allo scopo di contrastare questa minaccia, per una pseudo sicurezza del cittadino.

Questi '*altri e diversi*' ai margini della società, siano essi nazionali, europei o di paesi terzi, ma ugualmente discriminati, spesso sfruttati ed attivamente respinti, ci sollecitano oggi a riflettere sulla situazione scandalosa ed intollerabile di ogni persona marginale ed esclusa, siano essi i "senza ...permesso, ...cura, ...alloggio,... lavoro".

Fin quando non si farà coincidere *according with National law* e *according with fundamental right* si considereranno, anche se non a parole, ma a fatti *illegali e clandestini* quei migranti senza permesso, che proprio perché non hanno altro modo di proteggersi dall'espulsione, diventano invisibili, restano senza identità, senza appartenenza sociale e per questo maggiormente vulnerabili ed esposti ad ogni forma di sfruttamento ed arbitrarietà .

È in questo contesto che SMES-Europa ha proposto un seminario di riflessione, prospettiva e proposta ad Atene nel 2010 (http://www.smes-europa.org/ATHSEM_Proceedings-Actes.htm) che - come altri paesi del Sud Europa - conosce

la tragedia degli sbarchi e degli scandalosi e illegali campi di detenzione dei migranti. "Ferite invisibili e vulnerabilità" è stato il titolo emblematico dato a questo seminario ove si sono scambiate esperienze, conoscenze e riflessioni stimolanti, pratiche innovative e integrative, rispettose e valorizzanti la diversità, per prese di posizione comuni, chiare e senza compromessi nei confronti di una cultura politica basata sull'indesiderabilità e sul rifiuto.

La crisi

La Commissione Europea nel recente documento *Quarterly review June 2012* pag 43-57, focalizza l'attenzione su *Homelessness*: "...un numero crescente di persone, che hanno perso il lavoro a causa della recessione, si trovano ad affrontare difficoltà a pagare canoni di locazione o di manutenzione i loro mutui. Il senzatetto risultante è destinato a diventare un problema sociale importante nei prossimi anni. I dati disponibili mostrano che i cittadini stranieri e i giovani sono stati colpiti in modo sproporzionato. D'altra parte, le austerità di bilancio sono tali da intaccare la capacità del welfare per alleviare homelessness. La crisi sta cambiando il profilo della popolazione senza fissa dimora. Il nucleo tradizionale composto da persone con problemi sociali annosi, mentalmente disturbati e tossicodipendenti è stato affiancato da gente di classe media che ha subito un'improvvisa perdita di reddito a causa della crisi e sfratti risultanti. Anche i cittadini stranieri e giovani sono stati duramente colpiti".

Oggi, malgrado che i diritti siano riconosciuti da tutti o quasi, con dichiarazioni

più volte sottoscritte si constata sempre più esasperato il gap tra dichiarazioni e realtà concreta quotidiana.

Vedi: http://www.fundacionluisvi-ves.org/upload/28/75/ESSQR_June-2012_main_doc_EN.pdf

Conclusioni

Se la salute e particolarmente la salute mentale dei migranti, nel rispetto del loro diritto alla salute e ad una vita degna, già prima della crisi non era presa nella dovuta considerazione ed attenzione, ancor più difficile è la situazione creatasi con il sopravvenire della crisi, innalzando sempre più barriere che impediscono concretamente l'accesso ai servizi sanitari.

Fin quando e come la cosiddetta "solidarietà suppletiva" (ambulatori privati assistenziali...) potrà sostituire carenze e assenze del dovere istituzionale di servizio a tutti, senza per questo scadere in un servizio sanitario di seconda qualità ?

Accogliere e assistere, riconoscere e testimoniare, informare e formare, programmare ed innovare potrebbero essere in sintesi le parole chiave ispiratrici dei progetti ed iniziative che SMES-Europa, in collaborazione con realtà locali e società scientifiche come la SIMM, propone nei confronti delle persone che vivono in situazione di marginalità e precarietà estrema sia sociale che sanitaria, a qualsiasi cultura o status appartengano.

Contatto: Luigi Leonori
(smeseu@smes-europa.org)

La partecipazione della SIMM al Progetto “Prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne straniere: per una maternità responsabile e la prevenzione dell’aborto, la tutela della maternità e la prevenzione dell’abbandono del neonato”

Graziella Sacchetti¹, Manila Bonciani¹⁻², Angela Spinelli¹⁻², Giuseppina Antico³,
Maria Laura Russo¹⁻⁴, Maurizio Marceca¹⁻⁴

¹ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM); ² Istituto Superiore di Sanità;

³ Regione Toscana; ⁴ Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Premessa

Nel 2010 ha avuto inizio un Progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute – Centro di Controllo delle Malattie (CCM) e coordinato dalla Regione Toscana, per la prevenzione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) tra le donne straniere, della durata complessiva di due anni. Ad esso hanno formalmente partecipato in qualità di proponenti, oltre alla Regione Toscana, l’Istituto Superiore di Sanità e l’Università Sapienza di Roma. Hanno aderito al Progetto dieci tra Regioni e Province Autonome italiane, e collaborato diverse Società scientifiche, tra cui la SIMM.

Il motivo per cui se ne relaziona in occasione del XII Congresso della nostra Società scientifica è che, al di là delle appartenenze formali di natura istituzionale, il contributo effettivamente fornito dai nostri soci, trasversalmente presenti in quasi tutte le realtà coinvolte nel Progetto, è stato rilevante, e questo non può che essere motivo di soddisfazione.

Descrizione del Progetto

Negli anni recenti, oltre al generale aumento dell’immigrazione, si è osservata una tale femminilizzazione dei flussi, che

oggi le donne rappresentano circa la metà della popolazione straniera presente in Italia. Come conseguenza si è avuto un incremento del numero dei nati da madri provenienti da paesi a forte pressione migratoria, ed un contestuale incremento del numero di IVG effettuate da donne straniere, con percentuali variabili a livello regionale. Solo gli ultimi dati della Relazione del Ministero della Salute sull’applicazione della legge 194 mostrano che tale aumento si è fermato.

È proprio l’area delle scelte riproduttive a far registrare una significativa differenza tra donne italiane e straniere. Tra le principali cause del ricorso all’IVG delle donne straniere si trova generalmente la scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile, che vengono spesso usati in modo improprio. Tuttavia, risulta che laddove sia stata proposta un’informazione efficace sui metodi contraccettivi da parte dei consultori o dei servizi ospedalieri alle donne che hanno partorito o che hanno fatto ricorso all’IVG, queste abbiano mostrato un atteggiamento di ascolto e di attivazione di un percorso di autoconsapevolezza.

Il Progetto si basa sull’idea che la cono-

scenza dei diritti e dei doveri consenta a ciascun individuo di rapportarsi con la società in cui vive e che sia quindi alla base di una convivenza rispettosa della dignità della persona. L'approccio progettuale è quello di rafforzare in maniera integrata le strategie di prevenzione delle IVG, promuovendo la formazione degli operatori, l'accesso e la fruibilità dei servizi e l'informazione tra le donne straniere, nell'ottica di offrire attivamente alle stesse, specialmente nel momento di difficoltà legato alla scelta di ricorrere all'IVG, ma in generale nell'arco della sua vita, tutte le opportunità socio-sanitarie a disposizione per la promozione e la tutela della salute sua e della sua famiglia.

Obiettivo generale

La finalità ultima del Progetto è quella di ottenere una riduzione dei tassi di ricorso all'IVG tra le donne straniere, migliorando tra di esse la conoscenza della fisiologia della riproduzione, dei metodi per la procreazione responsabile e dei servizi offerti dai consultori e dalla rete dei servizi ospedalieri, e coinvolgendo l'insieme delle comunità immigrate principalmente interessate al fenomeno. Contemporaneamente, e strumentalmente a questi obiettivi, il Progetto punta ad una maggiore qualificazione dei servizi sociosanitari interessati alla salute della donna, nella convinzione che servizi capaci di cogliere le 'diversità', rileggere criticamente ed eventualmente rimodulare le proprie capacità di intervento sono anche servizi di maggiore qualità per tutti i loro utenti. A pochi mesi dalla fine del Progetto (dicembre 2012), chi lo ha promosso e sostenuto è consapevole del fatto che il raggiungimento di un simile obiettivo generale richiede sicuramente tempi più lunghi di quelli previsti dal Progetto stesso; ciononostante, gli stimoli e i meccanismi inne-

scati fino ad ora dalle varie Unità Operative coinvolte possono rappresentare, per ogni ASL delle Regioni che hanno aderito al Progetto, un'utile sperimentazione, sia in termini metodologici che di contenuti, che può, se adeguatamente sostenuta localmente, contribuire all'effettiva riduzione del tasso di ricorso all'IVG tra le donne straniere.

Obiettivi specifici e principali azioni

Gli obiettivi specifici e le relative azioni proposte dal Progetto sono stati affidati a tre Unità Operative (UO) distinte, anche se intervenenti in maniera congiunta:

- L'Unità Operativa 1 è sotto la responsabilità scientifica dell'Università Sapienza di Roma: suoi obiettivi specifici sono stati quelli di individuare le criticità esistenti tra operatori dei servizi e utenti immigrate, al fine di promuovere una formazione degli operatori socio-sanitari mirata all'interculturalità, per favorire una corretta comunicazione con le donne che si rivolgono al servizio, individuando i loro bisogni di salute, gestendo efficacemente le procedure amministrative, comunicando e collaborando con gli altri servizi che erogano le prestazioni necessarie. Avendo deciso di utilizzare come strategia principale la 'formazione a cascata', è stato organizzato nel giugno scorso un Corso di Formazione di Formatori, che ha coinvolto alcuni professionisti per ogni Regione, che hanno il compito di attivare a loro volta la formazione a cascata nei propri territori.

- L'Unità Operativa 2 è sotto la responsabilità scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità: con la sperimentazione proposta da questa UO si è cercato di rafforzare o proporre nuove iniziative per migliorare il percorso IVG nell'ottica della continuità assistenziale tra territorio ed ospedale e per valorizzare ulteriori momenti di contatto con le donne immigrate (percorso

nascita ed accessi al consultorio per il pap-test ed altre visite di controllo), quali opportunità per incrementare la conoscenza dei servizi e di quanto previsto dalla legge 194 e promuovere il *counseling* sui metodi contraccettivi, orientando i servizi alle esigenze dell'utenza, anche attraverso la rimodulazione di interventi di promozione alla salute rivolti ai giovani stranieri. La metodologia suggerita è quella che fa leva sull'*empowerment*, con la modalità operativa dell'offerta attiva.

- L'Unità Operativa 3 è sotto la responsabilità scientifica della Regione Toscana: il lavoro di questa UO ha previsto la produzione e la diffusione nelle Regioni partecipanti di materiale informativo multilingue, realizzato anche in collaborazione con le associazioni di donne immigrate e finalizzato alla procreazione cosciente e responsabile. Inoltre ha individuato e proposto percorsi informativi da svolgersi in collaborazione con i consultori e con il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate, allo scopo di favorire l'accesso ai servizi consultoriali e contestualmente sensibilizzare le donne nei luoghi di maggiore aggregazione, usando un linguaggio appropriato e tenendo in considerazione i codici culturali di riferimento.

I materiali e le indicazioni operative prodotti, una volta sperimentati e validati nelle Regioni partecipanti, saranno messi a disposizione delle altre Regioni.

Adesioni

Al progetto hanno aderito le seguenti Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto.

Il Progetto ha deciso di coinvolgere attivamente le Società scientifiche che si occupano di salute riproduttiva e di salute degli immigrati, per dividerne gli

obiettivi, gli interventi, le strategie e per diffonderne al termine i risultati e le relative indicazioni operative ai professionisti. In tale **Comitato Tecnico Scientifico** è presente attivamente la SIMM, rappresentata dalla Dr.ssa Graziella Sacchetti (tra i coautori di questo contributo).

In particolare l'apporto delle Società scientifiche che compongono il Comitato Scientifico sarà sicuramente utile per poter garantire una validazione scientifica ai risultati che verranno condivisi alla fine del progetto.

Attività specifiche perseguite nel Progetto

Attività specifiche dell'UO1

L'UO 1, deputata, come detto, alla formazione degli operatori, ha svolto le seguenti azioni identificate come adeguate per il raggiungimento degli obiettivi:

1^a *individuazione delle principali necessità formative degli operatori sanitari, sociali e amministrativi sul tema;*

2^a *formulazione di pacchetti formativi partendo dalle "best practices" già sperimentate sul territorio e attivazione della formazione 'a cascata' con le regioni partecipanti.*

Per perseguire queste azioni ha proceduto alle seguenti attività:

- analisi dei corsi ECM di interesse svolti sul territorio nazionale nel periodo 2002-2010;
- analisi della raccolta bibliografica specifica;
- analisi delle ricerche *ad hoc* già condotte;
- analisi dei questionari compilati dalle Società scientifiche partecipanti al Comitato Tecnico-Scientifico e dai soci SIMM in occasione dell'XI Congresso, svoltosi a Palermo;
- analisi delle interviste realizzate con gli operatori dei servizi presenti a Foggia,

Tivoli (RM) e Pordenone e delle osservazioni etnografiche ivi condotte.

A partire dagli elementi emersi, è stata effettuata una disamina delle principali criticità individuate e si è proceduto all'elaborazione dei relativi bisogni formativi. Successivamente, sulla base di questa impostazione, il gruppo di lavoro si è concentrato sulla individuazione degli obiettivi formativi e sulla costruzione della proposta formativa specifica, che si è concretizzata nell'attuazione di una 'ToT' ('Training of Trainers'), cioè di una 'Formazione dei Formatori', realizzata a Roma dal 25 al 29 giugno 2012.

All'interno di questo processo, sono stati attivati e curati i contatti con i referenti delle Regioni partecipanti affinché potessero essere individuate e coinvolte (anche predisponendo le idonee condizioni operative) le figure che l'UO1 si è occupata di formare; queste, a loro volta, nel periodo successivo al Progetto, avranno il mandato di amplificare la formazione – appunto attraverso una modalità "a cascata" – all'interno del proprio contesto regionale. Rispetto a questa scelta, lasciata alla piena autonomia delle Regioni, l'UO1 ha esplicitato alcuni requisiti preferenziali (di seguito elencati) che, nel loro insieme (in quanto soddisfatti almeno in parte da una stessa persona o, alternativamente, dall'insieme di più persone), contribuiscono a definire un profilo 'ideale' dei formatori da formare:

- esperienza pregressa nell'ambito della formazione rivolta agli operatori socio-sanitari;
- esperienza pregressa nell'ambito della salute della popolazione migrante e/o della salute della donna;
- riconosciuta autorevolezza in ambito regionale rispetto alle esperienze suindicate;
- possibilità di dedicarsi attivamente alla

successiva diffusione della proposta formativa sul territorio regionale.

Contestualmente è stato richiesto ai referenti regionali di sviluppare una strategia (o piano) formativa per la "cascata" successiva alla ToT, che possa al meglio raggiungere gli operatori socio-sanitari 'target' del proprio territorio regionale. Rispetto a queste due richieste, l'UO1 ha offerto alle Regioni la sua disponibilità al sostegno e al supporto di tutte le fasi decisionali.

Vi è stata una particolare attenzione a curare il rapporto con le Società scientifiche che compongono il Comitato tecnico del progetto, offrendo loro anche l'opportunità di partecipare direttamente, attraverso propri rappresentanti, al corso ToT svolto a giugno 2012. La SIMM ha contribuito con l'invio di due persone (la Dr.ssa Graziella Sacchetti e la Dr.ssa Bianca Maisano), che sono state sia docenti che discenti durante l'intero Corso per Formatori.

La proposta formativa è stata pensata secondo i principi ed i metodi propri dell'andragogia, cioè della formazione degli adulti, in quanto soggetti già portatori di saperi e, soprattutto, di esperienze professionali. I 'traguardi educativi' esplicitati, al termine di un processo partecipato, nella proposta formativa, pur nella loro specificità, hanno riconosciuto la globalità del soggetto-persona ('discente'), differenziando i suoi diversi ambiti di riferimento: del conoscere (*sapere*), dell'essere consapevoli e del posizionarsi eticamente (*saper essere*), dell'agire e del relazionarsi (*saper fare*).

Il programma del corso si è articolato in cinque giornate di sette ore ciascuna, per un totale di 35 ore di formazione; ogni giornata è stata caratterizzata da un tema centrale, che seguiva un percorso logico ancorato ai valori e agli obiettivi del progetto educativo:

1ª giornata *Il contesto* - approccio e

contestualizzazione del fenomeno migratorio

2ª giornata *La relazione* - la relazione di cura nel contesto transculturale

3ª giornata *La presa in carico* - l'IVG e il contesto organizzativo-assistenziale

4ª giornata *Attori di cambiamento* - essere attori di cambiamento

5ª giornata *La formazione* - la formazione come strategia di cambiamento

A lato delle diverse azioni relative alla progettazione, ideazione e attuazione del percorso formativo, l'UO1 si è attivata per predisporre uno strumento multimediale (DVD), immaginato come supporto per le fasi successive della "cascata" formativa, che verrà consegnato a tutti i partecipanti al Corso di formazione prima della fine del Progetto.

Attività specifiche dell'UO2

Per quanto riguarda l'intervento dell'UO2, che si occupa di potenziare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi delle donne straniere nel percorso di prevenzione primaria dell'IVG e per evitare gli aborti ripetuti, il lavoro in corso è quello di avere individuato le opportunità di contatto con le donne straniere nei vari servizi materno infantili, sia ospedalieri che territoriali, e lì migliorare alcune prassi già in atto o sperimentare azioni innovative mirate all'obiettivo del progetto generale, valutando anche l'efficacia di tali interventi.

Premessa indispensabile è quella per cui si ritiene importante promuovere la conoscenza del consultorio, degli altri servizi disponibili a livello locale e di quanto è previsto nella legge 194 - in particolare di tempi e modi relativi al percorso IVG - tra le donne straniere, attraverso le associazioni di migranti e avvalendosi delle opportunità di contatto che offre il territorio: luoghi abituali di ritrovo, feste delle comunità straniere, corsi di italiano, altri corsi profes-

sionali per straniere. Il consultorio dovrebbe migliorare l'accoglienza della donna straniera che arriva al servizio, in collaborazione con la mediatrice linguistico-culturale (MLC) laddove presente, fornendo informazioni complete sulle proprie attività e prestazioni offerte. Si dovrebbe dedicare uno spazio specifico all'informazione sulla contraccezione, cogliendo l'occasione della compilazione della scheda per il primo accesso, per qualsiasi motivo sia questo accesso, e si dovrebbe sempre rivolgere alle immigrate un invito ad un incontro specifico con la ginecologa per discutere della contraccezione. In generale, un'attenzione specifica deve essere rivolta alle esigenze e preferenze di ciascuna donna rispetto alla contraccezione.

Tutta l'attività degli operatori deve essere impostata secondo la metodologia dell'"empowerment" e non nell'ottica di una medicina "direttiva". Essenziale è la modalità operativa dell'offerta attiva, cioè la capacità concreta da parte dell'operatore di superare le barriere della comunicazione, della capacità di ascoltare, comprendere ed eventualmente di mettersi in discussione.

Il supporto della MLC è molto importante e sempre auspicabile nei vari momenti di contatto ed incontro con le immigrate. Il ruolo della MLC è fondamentale anche in un momento delicato come quello dell'esperienza dell'IVG, o comunque nella libera e consapevole scelta di una contraccezione, per poter far comprendere verbalmente alla donna straniera come funziona il proprio corpo ed accettare culturalmente come un contraccettivo vada a regolare la sua fertilità, in modo che questa possa fare un uso appropriato della contraccezione anche in relazione alla propria progettualità di vita.

I quattro ambiti in cui si sta articolando

l'intervento di prevenzione dell' IVG rispetto ai percorsi assistenziali sono:

1. il percorso nascita;
2. il momento di accesso per gli screening (in particolar modo per il Pap test);
3. l'educazione socio-affettiva e sessuale per i giovani, tenendo conto delle specificità degli immigrati di seconda generazione;
4. il percorso di IVG dal consultorio all'ospedale.

Percorso nascita

Per quanto riguarda il percorso nascita, è importante considerare che si tratta sicuramente di uno dei periodi migliori in cui intervenire in quanto, durante i 9 mesi della gravidanza e i 2-3 subito dopo il parto, la donna viene spesso in contatto con i servizi e gli operatori sociosanitari. Benché le donne possano essere meno sensibili alla questione della contraccezione nel momento della gravidanza e del parto, è opportuno affrontare il tema nell'ottica della programmazione familiare, considerando inoltre che si tratta di un periodo generalmente positivo e pieno di energie della donna.

Cosa può essere fatto?

Nel periodo pre-parto:

- Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN): l'ostetrica dovrebbe organizzare un incontro dedicato alla contraccezione durante i CAN, verso la fine del corso in prossimità della gravidanza. I contenuti dei corsi dovrebbero essere in parte modificati rispetto agli schemi utilizzati nei CAN per le donne italiane: oltre a fornire informazioni sulla gravidanza, il travaglio ed il parto e su ciò che succederà in ospedale in quei giorni, è utile aprire spazi al racconto degli usi, tradizioni, utilizzati nei paesi di origine durante la gravidanza, il parto ed il puerperio. In questo modo si posso-

no creare dei "contenitori" multiculturali, dove la fragilità dell'esperienza della maternità in terra di migrazione viene in parte rafforzata con il consolidamento dei legami di appartenenza alla propria cultura e dove può essere più efficace quindi anche affrontare il tema della contraccezione.

- Visite di controllo: la ginecologa, o l'ostetrica che segue le gravidanze fisiologiche, dovrebbe affrontare la questione della contraccezione durante l'ultima visita prima del parto.

Nel periodo del post-parto:

- Incontri per l'allattamento: l'ostetrica deve affrontare il tema della contraccezione, dando informazioni sulla possibilità di incorrere in altra gravidanza anche durante la fase dell'allattamento,
- Visite a domicilio: l'ostetrica potrebbe organizzare anche una visita a domicilio per un controllo della salute (anche psicologica) della donna e del bambino, per l'allattamento e per fornire informazioni su contraccezione, pediatria e servizi disponibili,
- Visita di controllo dopo il parto: la ginecologa deve riprendere la questione della contraccezione e prescriverla.

Cosa può essere fatto in ospedale / nei punti nascita?

- Parto: l'infermiera o l'ostetrica potrebbe affrontare la questione della contraccezione durante la giornata della dimissione o durante i giorni di degenza. Tali informazioni dovrebbero essere accompagnate alla consegna dell'elenco scritto dei servizi territoriali – consultori familiari, pediatrici, spazi mamma-bambino – con indirizzi, orari di apertura e recapito telefonico, possibilmente in lingua.

Cosa può essere fatto con le comunità di donne straniere?

- Le comunità di donne straniere potreb-

bero promuovere nei loro luoghi e momenti di incontro delle occasioni per parlare dei consultori, dei servizi disponibili in Italia, di contraccezione e programmazione familiare. I servizi dovrebbero collaborare, quindi, con le associazioni presenti sul territorio a tale scopo, stilando e sottoscrivendo congiuntamente anche dei patti di intesa.

Screening

Un'altra occasione per intraprendere iniziative per la prevenzione dell'IVG è nella visita programmata all'interno delle campagne di screening del cervico carcinoma che coinvolge la popolazione di donne fertili a partire dai 25 anni, quindi donne a rischio di avere un'IVG. In occasione del Pap test, infatti, l'offerta di counseling e sostegno sulla procreazione consapevole dovrebbe costituire un obbligo professionale, anche a testimonianza della capacità dei servizi di realizzare interventi integrati e non settoriali e frammentati.

Tale ipotesi presenta alcune criticità:

- Poco tempo a disposizione per le visite.
- Spesso non coinvolgimento all'interno dei programmi di screening delle donne immigrate irregolari
- Limitata adesione anche da parte delle immigrate regolari per una diversa percezione dell'importanza del Pap test ed in generale della prevenzione e anche a causa dei loro frequenti cambi di residenza.

Cosa può essere fatto, anche per superare tali criticità?

- Protocolli/accordi di ASL in cui si stabiliscono tempi più lunghi per l'incontro per il Pap test, in modo che tale momento di incontro possa diventare anche un'occasione di counselling per la donna.
- Nei servizi screening: parlare di con-

traccezione con le donne straniere che aderiscono ai programmi di screening o almeno prevedere la proposta di un appuntamento specifico per la consulenza sulla contraccezione e la distribuzione di materiale informativo multilingua sui servizi offerti dal consultorio e da altre strutture e sulla contraccezione.

- In consultorio: offrire attivamente il Pap test a tutte le donne straniere che arrivano. Se vengono per la gravidanza, fare il Pap test durante la gravidanza, oppure invitarle a farlo al controllo post-parto; se vengono per altri motivi, organizzare una visita dedicata al Pap test, durante la quale discutere della contraccezione.
- Con le comunità di donne straniere: potrebbero essere promosse nei loro luoghi e durante i loro abituali momenti di incontro delle occasioni per parlare dell'importanza degli screening e in generale di prevenzione, dei relativi servizi disponibili in Italia, di contraccezione, di programmazione familiare, dei contenuti della normativa sull'aborto (Legge 194) e di malattie trasmissibili per via sessuale.

Educazione sessuale

Indagini su conoscenze, attitudini e comportamenti riguardo la salute riproduttiva condotte in Italia tra gli/le adolescenti mostrano scarse conoscenze della fisiologia della riproduzione e delle malattie sessualmente trasmesse, a fronte di buoni livelli di responsabilità e desiderio di consapevolezza. Per ottenere una notevole riduzione dell'IVG, corsi di informazione ed educazione sessuale nelle scuole, impostati secondo la metodologia dell'"empowerment" e valutati con validi indicatori, devono essere maggiormente diffusi.

Cosa può essere fatto?

- Scuole: vengono già svolte attività di educazione sessuale, ma i consultori familiari devono proseguire e intensificare questa attività inserendo un'attenzione specifica al tema della transculturalità e dei bisogni specifici dei giovani immigrati di seconda generazione;
 - Spazio giovani: i consultori familiari, gli altri servizi della ASL e le associazioni delle comunità immigrate dovrebbero pubblicizzarlo maggiormente anche tra i giovani stranieri, in luoghi dove sono presenti, anche per raggiungere i giovani lavoratori.
 - Pagine web: sfruttando la diffusione dell'uso della rete tra i giovani, la ASL dovrebbe inserire materiale informativo di facile accesso e divulgare la conoscenza di queste pagine tra i giovani, eventualmente anche creando uno spazio forum interattivo dove i giovani possono porre domande e chiedere chiarimenti.
- giorno stesso dell'effettuazione dell'intervento. In tal senso sarebbe utile discutere con gli operatori ospedalieri che fanno parte del servizio per la 194 – vedi protocolli di intesa sopra menzionati – la possibilità di inserimento di IUD durante l'intervento. È bene fissare già in questo momento la visita post IVG.
 - In ospedale, al momento della dimissione: prevedere counselling, individuale o in piccoli gruppi, sulla contraccezione, rimandando poi alla visita di controllo al consultorio per approfondimenti, ma fornendo già elementi informativi chiave sulla contraccezione e la stessa prescrizione. Sarebbe utile che anche l'ospedale fornisse l'elenco dei consultori, con indirizzi, orari di apertura e recapiti telefonici, possibilmente in lingua.
 - In consultorio, dopo l'intervento: effettuare un richiamo telefonico per coloro che non effettuano la visita di controllo, per rinforzare l'importanza della visita stessa.

Percorso IVG

Il percorso IVG può essere una delle occasioni per favorire la prevenzione dell'aborto ripetuto.

La criticità maggiore per le donne immigrate e non è la mancanza di continuità assistenziale tra consultorio ed ospedale, che rende loro il percorso più complesso e non ne facilita il ritorno in consultorio dopo l'intervento. Questa criticità potrebbe essere risolta appunto con la codifica del percorso all'interno di protocolli, nel quale inserire alcune specifiche in particolare modo per le straniere.

Cosa può essere fatto?

- In consultorio o ospedale, al momento della richiesta dell'IVG: Se esiste lo spazio, è bene effettuare la prescrizione di un contraccettivo già in questo momento, dato che tutti i contraccettivi ormonali possono essere assunti il

giorno stesso dell'effettuazione dell'intervento. In tal senso sarebbe utile discutere con gli operatori ospedalieri che fanno parte del servizio per la 194 – vedi protocolli di intesa sopra menzionati – la possibilità di inserimento di IUD durante l'intervento. È bene fissare già in questo momento la visita post IVG.

Ciò che ha caratterizzato il tipo di lavoro proposto dall' UO2, come peraltro anche dalle altre due UO, è stato il metodo 'partecipativo' con cui sono stati proposti gli interventi sia di rafforzamento di alcune azioni già in atto in numerose ASL sia di introduzioni di nuove azioni da sperimentare.

Dopo la condivisione di un documento programmatico alle varie ASL delle Regioni partecipanti al Progetto, che hanno formalmente aderito alla sperimentazione, sono stati fatti incontri in tutte le Regioni tra alcuni rappresentanti dell'UO2 con i referenti regionali e altri operatori disponibili. Insieme si sono discussi gli interventi innovativi o rafforzativi che si sarebbero stati più opportuni mettere in atto nei vari

campi di azione proposti, tenendo conto delle specificità locali. Nei mesi successivi sono stati forniti degli strumenti di rilevazione di dati, di valutazione di interventi effettuati e di bibliografia, al fine di supportare operativamente alcune azioni innovative. Tutto questo lavoro è stato possibile grazie ad un continuo contatto telefonico e di e-mail tra i componenti dell'UO e i referenti regionali e durante lo svolgersi delle attività si sono anche introdotte altre azioni di supporto, su richiesta e suggerimento dei partecipanti al Progetto. Sicuramente lo scambio e la risposta delle ASL è stato diverso nei vari contesti, ma in generale i responsabili dell'UO2 ritengono che l'attivazione di progettualità sui temi di interesse, l'avvio di reti prima inesistenti, e lo sforzo di coinvolgere realtà istituzionali che di solito sono rigide e inamovibili, siano risultati parziali già molto positivi.

Attività specifiche dell'UO3

Gli interventi dall'UO3 mettono al primo posto il consultorio come luogo privilegiato per dare corrette informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva della donna; ogni occasione di accesso della donna immigrata in età fertile dovrebbe essere utilizzata per dare corrette informazioni sui metodi contraccettivi e sulla prevenzione dell'IVG.

È stata valutata come particolarmente utile l'attivazione di specifici progetti, da svolgersi in collaborazione con il terzo settore (associazioni donne immigrate, associazioni di volontariato, cooperative sociali, etc.) e con il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate, con lo scopo di favorire l'accesso ai servizi consultoriali e contestualmente sensibilizzare le donne nei luoghi di maggiore aggregazione, attraverso l'individuazione delle modalità migliori per raggiungere i gruppi target

usando un linguaggio adeguato e che tenga conto dei codici culturali di riferimento.

Questo intervento può essere più agevolmente sviluppato nelle Regioni dove sono presenti mediatori culturali, che possono costituire, insieme con gli operatori consultoriali maggiormente coinvolti, le figure chiave in grado di favorire il cambiamento.

Sono stati effettuati, come per il lavoro delle altre UO, incontri con le Regioni partecipanti al progetto, dove è stata discussa la possibile sperimentazione di interventi specifici finalizzati a:

- sviluppare campagne di comunicazione e sensibilizzazione con le comunità immigrate, nei luoghi di maggiore aggregazione, con particolare attenzione alla presenza dei giovani;
- produrre, stampare e diffondere due depliant informativi: *"Conoscere per scegliere - Quando avere un figlio?"* (sulla contraccettione e la funzione del Consultorio) e *"Salute: un diritto per tutti - L'assistenza sanitaria in Italia"* (sul funzionamento dell'assistenza sanitaria in tutte le sue articolazioni per immigrati sia regolari che non). Tali depliant sono stati prodotti in otto lingue (rumeno, albanese, arabo, francese, cinese, inglese, spagnolo, ucraino) e consegnati alle ASL e alle Aziende ospedaliere delle Regioni partecipanti al progetto. La SIMM, con le sue reti locali regionali dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), ha partecipato attivamente alla diffusione di questo materiale anche in alcune Regioni non partecipanti al progetto (Lombardia e Lazio). Tale materiale è rivolto a tutta la popolazione immigrata e non (i depliant hanno sempre la versione italiana del testo), al fine di raggiungere e coinvolgere tutte le comunità, con

particolare attenzione a quelle principalmente interessate al fenomeno dell'IVG.

- coinvolgere il personale sanitario per la diffusione in forma attiva di materiale informativo, prodotto dalla stessa UO.

Anche questa UO si è fortemente impegnata a sviluppare un reale cambiamento culturale degli operatori, che non potrà certamente considerarsi esaurito con la conclusione del Progetto, attraverso il coinvolgimento e il miglioramento di modelli organizzativi di lavoro, in rete con i rappresentanti delle comunità, con il coinvolgimento dei mediatori linguistico culturali e delle associazioni di volontariato.

Da alcuni questionari sottoposti alle Regioni per indagare quali possano essere gli strumenti più adatti per coinvolgere le comunità, si è evidenziato che la formula dell'"info-trattenimento" è quella ritenuta più idonea; tale modalità è già stata sperimentata dalla Regione Toscana, capofila del progetto, sia con la comunità romena che con quella cinese.

Inoltre, su richiesta di alcune Regioni e in raccordo con il gruppo di progetto, si è proceduto alla stesura di un "Quaderno didattico" per gli insegnanti impegnati nei corsi di alfabetizzazione in italiano per adulti stranieri. Si ritiene infatti che utilizzare metodologie di comunicazione per gli adulti, usando un linguaggio idoneo, in un'ottica di particolare attenzione alle diversità culturali, sia uno strumento di grande utilità, non soltanto per la riduzione del numero delle IVG, ma anche per diminuire le barriere sociali, comunicative e linguistiche che spesso ostacolano la funzione e l'accesso ai servizi socio sanita-

ri del territorio, da parte delle donne migranti.

Il Progetto si concluderà alla fine del 2012, con un Convegno finale di restituzione del lavoro fatto e degli obiettivi raggiunti, che si svolgerà a Roma il 18 dicembre prossimo.

In conclusione la SIMM, oltre ad essere ufficialmente rappresentata nel Comitato Tecnico Scientifico, è risultata una componente molto attiva nelle tre UU.OO. del Progetto:

1. ha partecipato al modulo formativo organizzato dall'UO1, con molti associati, sia tra i docenti che tra i discenti;

2. molti referenti Regionali che stanno attivamente sperimentando nuovi percorsi assistenziali proposti dall'UO2 sono soci SIMM da anni o comunque sono attivi nei vari GrIS;

3. nella diffusione di materiali informativi in lingua prodotti dall'UO3 i componenti dei GrIS sono stati parte attiva, anche nelle Regioni che non hanno aderito ufficialmente al Progetto.

Ci si augura che la disponibilità e il dinamismo dimostrati dalla nostra Società scientifica in occasione di questo Progetto possano essere replicati in futuro; va rimarcato che, in questo senso, il nuovo Statuto ci offre possibilità di partecipazione diretta, come SIMM, a progetti di ricerca, che prima non erano possibili, consentendoci anche quella legittima visibilità che saremo capaci di guadagnarci.

Contatto: Graziella Sacchetti
(sacchetti.graziella@alice.it)

La SIMM e il *Manifesto* per l'applicazione in Italia del Codice di Condotta Internazionale sul Reclutamento del Personale Sanitario

Salvatore Geraci¹, Maurizio Marceca¹ e i promotori del *Manifesto*

¹ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Personale sanitario per tutti

Su proposta ed impulso di AMREF Italia, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni-SIMM insieme a Associazione Medici di origine Straniera in Italia-AMSI, Centro Studi di Politica Internazionale-CeSPI, Federazione Nazionale Collegi Infermieri-IPASVI, Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri-FNOMCeO, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale-OISG, hanno promosso una "mini campagna" di sensibilizzazione sul tema delle carenze globali di personale sanitario. Nasce così il "*Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario*", per monitorare l'applicazione in Italia del *Codice di Condotta sul Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) approvato nel maggio 2010.

In Italia non ci sono operatori sanitari in numero sufficiente per far fronte all'invecchiamento della popolazione, al prossimo pensionamento di molti professionisti e ai mutati modelli di cura. Del resto la carenza di personale sanitario è globale e si manifesta in forme drammatiche in molti paesi del Sud del mondo. Il reclutamento unilaterale di operatori sanitari qualificati all'estero, praticato da molti paesi europei, Italia compresa, non può essere una soluzione senza una politica cooperativa comune. In Italia il dato sul personale infermieristico è emblematico

della misura del problema: mancano ad oggi 71.000 infermieri e, a fronte di questa carenza, i posti per la formazione in questo ambito non solo non sono aumentati, ma sono anzi diminuiti. Per contro, il numero degli infermieri stranieri attivi in Italia è aumentato di quasi 15 volte tra il 2002 e il 2010, arrivando a rappresentare oltre il 10% del totale.

Il *Codice di Condotta sul Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario* dell'OMS mira ad evitare che la concorrenza internazionale in materia di "attrazione di personale sanitario" si faccia a spese dei paesi a risorse più scarse. Nel maggio 2012 l'OMS ha iniziato il monitoraggio dell'applicazione del Codice di Condotta da parte dei paesi firmatari. Aderendo al Codice, l'Italia ha assunto un impegno che coinvolge non solo il Governo, ma anche il sistema sanitario, le Regioni, gli ordini delle professioni sanitarie, i datori di lavoro, le agenzie per il lavoro, i soggetti di cooperazione internazionale e la società civile.

Il "*Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario*", che nasce alla vigilia della Giornata Mondiale della Salute 2012, ha l'obiettivo di sostenere il monitoraggio dell'applicazione del Codice e di promuovere a livello nazionale il dibattito ad esso collegato. L'auspicio è che da un lato l'Italia investa maggiori risorse nella formazio-

ne di un numero sufficiente di operatori, per rispondere in modo autonomo ai propri bisogni di personale sanitario senza ricorrere al reclutamento attivo di operatori nei paesi che già ne hanno una grave scarsità; dall'altro che siano garantiti i diritti

del personale sanitario straniero attivo in Italia e nello stesso tempo rafforzati i sistemi sanitari di origine attraverso interventi di cooperazione internazionale.

Solo così si potrà realizzare il diritto alla salute per tutti in Italia e all'estero.

Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario

UNA RESPONSABILITÀ COLLETTIVA PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLA SALUTE

1 In Italia oggi non ci sono operatori sanitari in numero sufficiente, a causa dell'invecchiamento della popolazione, del prossimo pensionamento di un gran numero di professionisti e di mutati modelli di cura: mancano ad oggi 71.000 infermieri e, a fronte di questa carenza strutturale, i posti disponibili per la formazione di nuovi infermieri non sono significativamente aumentati, ma sono anzi recentemente diminuiti. Per contro, il numero degli infermieri stranieri attivi in Italia è aumentato di quasi 15 volte tra il 2002 e il 2010, arrivando a rappresentare oltre il 10% dei membri di questa categoria. L'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie italiane è dunque già oggi dipendente dalla presenza di professionisti stranieri, in gran parte donne, senza i quali esse sarebbero al collasso. Per quanto riguarda il personale medico, la perdita di professionalità soprattutto in settori quali ortopedia, anestesia o pediatria per l'avviato pensionamento delle classi degli anni quaranta - insieme alla nuova organizzazione ospedale-territorio che fatica a decollare a causa della crisi economica - reclamano una forte attenzione in termini di programmazione, al fine di dare risposte efficaci al cambio di paradigma della domanda di salute. A fronte di un sistema che non fornisce risposte adeguate rispetto alla condizione di non autosufficienza e

all'invecchiamento della popolazione, infine, oltre 500.000 badanti straniere/i regolari, e un numero non precisato di lavoratrici/ori irregolari, forniscono assistenza alle persone non autosufficienti a domicilio.

2 Il sistema sanitario italiano è dotato di strumenti adeguati per programmare e anticipare il fabbisogno di operatori sanitari a tutti i livelli. È necessario dunque potenziare le risorse finanziarie disponibili per la formazione iniziale e continua di alcuni profili sanitari, risorse che risultano insufficienti rispetto al crescente bisogno di queste professionalità.

3 Alcune professioni sanitarie, tra cui quella degli infermieri, ma sempre più anche dei medici, sono interessate da un alto tasso di turnover. Ciò diminuisce l'impatto dei già insufficienti investimenti in formazione. A questo proposito, è noto che il miglioramento delle condizioni di lavoro è elemento cruciale per trattenere a lungo il personale all'interno del sistema sanitario. È pertanto opportuno superare gli attuali blocchi dei contratti di lavoro e valorizzare, anche economicamente, il personale coinvolto nell'organizzazione della filiera della cura delle persone con patologie cronico degenerative, non autosufficienti e fragili.

4 In ragione della carenza di operatori sanitari nel nostro paese, dal 2002 gli infermieri stranieri possono entrare in Italia per motivi di lavoro al di fuori delle quote previste dal decreto flussi, ricevendo un permesso di soggiorno legato all'esercizio della professione infermieristica. La partecipazione ai concorsi pubblici, tuttavia, è regolata da norme che ne rendono difficile l'accesso per medici e infermieri stranieri, nonostante il sussistente requisito del possesso della cittadinanza italiana sia stato ormai messo in discussione dalla giurisprudenza. Questi professionisti lavorano dunque più spesso nel settore privato, con contratti di lavoro precari e con retribuzioni minori rispetto ai colleghi italiani.

5 Le migranti e i migranti formati alle professioni sanitarie hanno il diritto di sviluppare, anche da noi, una propria prospettiva professionale. La loro presenza rappresenta un'opportunità per il sistema sanitario italiano, che è possibile cogliere, tuttavia, solo se le loro competenze sono pienamente riconosciute, se hanno accesso alla formazione continua e se le loro condizioni di impiego sono eque e non discriminatorie rispetto ai colleghi italiani. Inoltre le migranti e i migranti, in particolare quelli impiegati nell'assistenza a domicilio, hanno diritto a essere informati sui propri diritti e doveri come lavoratori, attivando apposite reti informative e di coinvolgimento operativo nell'ambito del sistema socio sanitario.

6 In mancanza di un'azione forte da parte delle istituzioni in grado di colmare il crescente deficit di operatori sanitari, in molti paesi europei la carenza di personale viene dunque oramai in parte colmata - in una prospettiva di troppo breve termine - con il reclutamento diretto o indiretto di

operatori formati all'estero: essi provengono, nel caso degli infermieri italiani, sia da paesi comunitari, come la Romania e la Polonia, che da paesi extra-europei, tra i quali il Perù, l'Albania, e l'India.

7 Le attuali migrazioni internazionali di personale sanitario drenano risorse umane e competenze preziose e già scarse dai sistemi sanitari dei paesi di provenienza di questi operatori, nel Sud e nell'Est del mondo. In Romania, per esempio, già adesso il personale è insufficiente, e gli infermieri sono costretti a fare anche il lavoro del personale ausiliario. Una situazione simile si registra in alcuni paesi arabi, mentre l'India, il Perù, insieme alla maggior parte dei paesi dell'Africa sub-sahariana, sono classificati dall'OMS tra i paesi che sperimentano una grave crisi del personale sanitario, potendo contare su poco più di 2 operatori (medici, infermieri e ostetriche) ogni 1000 abitanti, una crisi che le migrazioni di personale sanitario non fanno che aggravare.

8 In alcuni paesi a risorse limitate, infatti, gli urgenti investimenti nella formazione di personale sanitario rischiano di tramutarsi in una perdita netta: è stato calcolato che i sistemi sanitari di 9 paesi africani perdono un investimento in formazione pari a 2,17 miliardi di dollari a causa dell'emigrazione dei propri medici dopo la laurea. La stessa migrazione si traduce in un risparmio in spese di formazione pari a 4,55 miliardi di dollari per i 4 paesi di destinazione di questi medici.

9 I paesi a risorse limitate hanno bisogno di tutto il proprio personale sanitario e di tutte le proprie risorse per garantire l'erogazione di servizi sanitari di base, di programmi di vaccinazione, di cure materne infantili, di interventi di lotta all'AIDS e

per tutti gli altri servizi sanitari. In mancanza degli operatori sanitari necessari non potrà essere tutelato il diritto alla salute per tutti e un accesso equo ai servizi sanitari; gli stessi Obiettivi di Sviluppo del Millennio, ai quali l'Italia ha aderito, non potranno essere realizzati né entro il 2015 né in un futuro più remoto.

10 Riconosciamo il fondamentale diritto alla migrazione. Tuttavia gli operatori sanitari dei paesi a risorse limitate devono poter trovare prospettive professionali in primo luogo nel proprio paese. Condizione necessaria perché ciò avvenga è il rafforzamento dei sistemi sanitari di provenienza, al quale l'Italia può contribuire attraverso vigorosi interventi di cooperazione internazionale. La realtà ci dice invece di un progressivo disimpegno del nostro paese in questo senso. Gli interventi di cooperazione sanitaria vanno, in generale, fortemente orientati a garantire la titolarità del paese partner nel definire le proprie priorità e a valorizzare le istituzioni di formazione locali, fornendo anche un eventuale sostegno tecnico e finanziario per garantire che esso possa sviluppare piani di rafforzamento del proprio personale sanitario fondati su dati di evidenza, opportunamente finanziati, di qualità, e inizialmente concentrati sulle popolazioni maggiormente impoverite.

11 Il Codice di Condotta per il Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario dell'OMS trova il proprio fondamento nel diritto alla salute per tutti, pone le basi per favorire pratiche di reclutamento eticamente accettabili e contribuisce a tutelare i diritti dei migranti e delle migranti in quanto lavoratori e lavoratrici del settore sanitario. Intendiamo per questo mobilitare le nostre organizzazioni per la sua diffusione e applicazione in Italia, anche in vista

dell'importante appuntamento di monitoraggio previsto dall'OMS per maggio 2012. Chiediamo inoltre ai decisori italiani con responsabilità di politica sanitaria, formativa, migratoria, del lavoro ed estera, a livello nazionale oltre che locale, che:

- venga data ampia diffusione al Codice di Condotta all'interno delle singole istituzioni, promuovendone attivamente l'applicazione nel dialogo interistituzionale;

- il Ministero della Salute, in coordinamento con il Ministero dell'Interno e con le Regioni, raccolga regolarmente dati utili a meglio conoscere e monitorare i flussi migratori di operatori sanitari da e verso l'Italia, conformemente alle indicazioni contenute nel Codice di Condotta e agli standard europei ed internazionali;

- il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano pianifichi accuratamente e finanzia adeguatamente le proprie necessità di personale sanitario sul medio e lungo periodo, così da ridurre la dipendenza da personale sanitario migrante;

- il sistema universitario possa mettere a bando un numero maggiore di posti per il Corso in Scienze Infermieristiche, con un contestuale aumento dei fondi disponibili per la formazione di tali profili nelle Aziende sanitarie, affinché queste siano nelle condizioni di fornire quanto di necessità per un tirocinio effettivamente professionalizzante;

- gli stessi requisiti di accesso ai concorsi e le stesse condizioni contrattuali e di impiego siano applicate senza discriminazione a tutti i lavoratori attivi nel sistema sanitario italiano, evitando che i professionisti stranieri siano relegati in situazioni lavorative e contrattuali più svantaggiose o precarie. I salari devono in tutti i casi corrispondere alle competenze riconosciute e alle remunerazioni proprie del settore;

- il sistema sanitario italiano nelle sue

diverse strutture organizzative circoscriva fortemente puntando infine ad evitare il reclutamento attivo di operatori sanitari da paesi a risorse limitate e da paesi emergenti con i quali non esistano accordi bilaterali che rispondano ai criteri etici identificati dal Codice di Condotta dell'OMS e che prevedano un sostegno a favore dei sistemi sanitari di origine degli operatori;

- le agenzie per il lavoro e le cooperative appaltatrici di servizi per il SSN integrino nei propri codici etici le indicazioni del Codice di Condotta dell'OMS relative al reclutamento internazionale di personale sanitario e ottengano per questo la preferenza dagli enti pubblici nelle attività di ricerca e selezione del personale sanitario;

- le istituzioni italiane sostengano il censimento e la messa in rete del personale sanitario straniero, per la sua valorizzazione in programmi di cooperazione sanitaria e in percorsi di "migrazione circolare"

e di ritorno volontario, così che le competenze e le conoscenze acquisite da questi operatori siano fruibili sia dal loro sistema sanitario di origine che da quello di destinazione.

- la cooperazione sanitaria italiana – inclusa la cooperazione decentrata – sia dotata di maggiori risorse, in modo che l'Italia possa giocare un ruolo più attivo nel rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi a risorse limitate, finanziando in particolare i piani nazionali per il personale sanitario con investimenti pluriennali, prevedibili e allineati con le priorità nazionali, così da potenziare le opportunità di formazione e le prospettive professionali degli operatori sanitari dei paesi partner.

Contatto:

manifestosanitario@amref.it

www.manifestopersonalesanitario.it

RICORDO

di mons. Luigi di Liegro

A don Luigi Di Liegro,
un ricordo riconoscente e grato,
con l'impegno per una cultura diversa,
per una sanità attenta ed accogliente,
per una medicina transculturale
e per una salute senza esclusioni

*La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
a 15 anni dalla sua morte*

12 ottobre 1997 – 12 ottobre 2012
Viterbo, XII Congresso Nazionale

Per una cultura diversa

Salvatore Geraci

Responsabile dell'Area sanitaria della Caritas e Presidente della SIMM dal 2000 al 2009

Don Luigi, mons. Di Liegro, è stato il primo direttore della Caritas romana, dal 1979 al 12 ottobre 1997 quando morì a Milano, in seguito a complicanze cardiache dopo un'indagine medica. È stato certamente uno dei protagonisti assoluti nella storia sociale di Roma tra il 1980 e la fine degli anni '90. Persona carismatica, cittadino impegnato, prete attento ai bisogni della gente e all'emergere di nuove problematiche, ha saputo leggere i fenomeni sociali che hanno attraversato Roma e l'intero paese, stimolando, prima ancora che risposte concrete di cui è stato maestro, l'attenzione culturale e politica ai temi della marginalità e della giustizia sociale.

Per anni è stato riferimento non solo per la chiesa di Roma, ma per l'intera comunità civile italiana di cosa significa impegno per gli altri, per i più deboli, per

coloro che non hanno voce in capitolo, ... per i rom, per gli immigrati.

Seguendo l'intuizione di un medico volontario, nel 1983 fonda l'ambulatorio per immigrati Caritas alla stazione Termini e da allora in prima persona segue l'evoluzione di una esperienza in ambito assistenziale, politico e culturale. Alla fine degli anni '80 invita i medici e gli operatori sanitari a collegarsi con altre esperienze, a lavorare insieme volontariato e settore pubblico, a confrontarsi per diventare un credibile interlocutore tecnico e politico: *"Il ruolo principale del privato sociale è quello politico. Un ruolo che significa: riproposizione dei bisogni, stimolo all'intervento, denuncia delle inerzie"*. Da quella sollecitazione nel febbraio 1990 nasce la SIMM. Nel frattempo nella capitale un'intera generazione di cittadini sensibili, indipendente-

mente dell'appartenenza confessionale, culturale o politica, è maturata con quello stile che, partendo dai fatti, andava alle radici dei "mali di Roma" e ne tracciava soluzioni non delegandole ad altri. Proposte che partivano dall'impegno di ognuno e si traducevano in input politici puntuali e concreti. In quel clima di fermento culturale a metà degli anni novanta nasce l'esperienza di lavoro di rete tra operatori socio-sanitari del pubblico e del privato sociale laico e confessionale, che porterà alla definizione del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS del Lazio). Operatori che si incontravano pressati da problematiche di assistenza sanitaria che inizialmente trovavano risposte solo attraverso il privato sociale e l'associazionismo ma che allo stesso tempo interrogavano i servizi pubblici. Insieme, operatori del pubblico e del privato sociale, quello che cominciava a definirsi come terzo settore e che oggi è il più vasto ambito del non profit cooperativistico, cercano risposte, si informano, si confrontano, analizzano, partendo dell'esperienza quotidiana, i bisogni, costruiscono percorsi e proposte.

Ed ancora è proprio mons. Luigi Di Liegro che all'inizio del 1995 presenta all'allora Ministro della Sanità, prof. Elio Guzzanti, e sostiene in prima persona, il gruppo di medici e operatori della salute che, da tutt'Italia, in rappresentanza di oltre 40 strutture laiche e confessionali prevalentemente del volontariato, presentano quella proposta che poi diverrà la norma per la tutela sanitaria degli immigrati irregolari. È don Luigi che si espone direttamente su tutti i giornali italiani quando in modo pretestuoso nel 1994, viene attribuito agli immigrati il pericolo sanitario di una "epidemia di lebbra" in Italia e in controtendenza rispetto a molti "opinionisti" "grida" contro lo stereotipo dell'immigrato untore; è lui che continuamente "bacchetta" i

politici per la lentezza delle istituzioni nell'accorgersi di un fenomeno epocale come quello dell'immigrazione e della disattenzione alle persone più fragili.

Ma don Luigi era soprattutto un prete che credeva fino in fondo nel messaggio salvifico e innovatore del Vangelo e sapeva usare linguaggi ed atteggiamenti coerenti con i tempi e con le provocazioni che quotidianamente incontrava nelle pieghe della società opulenta e distratta. Nel suo ultimo incontro pubblico, il 20 settembre 1997, già provato dalla malattia, parlando agli operatori Caritas delle parrocchie romane, sottolinea l'impegno che ogni servizio deve avere nell'aiutare la gente che vi partecipa, sia come utente sia come operatore/volontario, ad 'andare oltre' il servizio ed a esprimere la 'rivelazione di Dio', che è amore e giustizia per tutti, facendo costantemente un'opera di discernimento; e per spiegare ciò, cita come esempio proprio i servizi dell'area sanitaria della Caritas romana: *"I servizi dell'area sanitaria non possono prescindere da un impegno di discernimento per una cultura diversa. ... Bisogna fare anche opera di sensibilizzazione dei medici nei confronti degli immigrati, assumere un linguaggio ed una modalità diversa perché molti medici ... non sanno leggere la situazione reale della gente, rispettandola fino in fondo; è chiaro che il servizio sanitario deve cimentarsi nel discernimento per una cultura diversa; ... studiando questo problema del linguaggio, della comunicazione, della tutela dei diritti. ... Il discernimento obbliga comunque tutti a fare uno sforzo in più, ad andare un pò più in profondità, ..."*

Questo sforzo in più, richiesto da don Luigi, per una cultura diversa, più attenta e sensibile, più disponibile, più partecipe, ... è per tutti noi motivazione e stimolo per una salute senza esclusioni.

Don Luigi, il volontariato sanitario ed il rapporto con le istituzioni (1990)

Tra gli aspetti nei quali si struttura l'accoglienza degli immigrati, la sanità è stata quella che ha visto il volontariato sviluppare una sensibilità tempestiva ed esercitare una azione di supplenza rispetto alle strutture pubbliche. Si è evidenziata quindi, anche in questo settore, la dialettica tra due poli costituiti dal volontariato e dalle istituzioni. Il primo polo è quello che esprime più direttamente la sensibilità della società civile nelle sue componenti più avanzate. Il secondo polo, invece, codifica il livello di sensibilità che è stato raggiunto attraverso apposite disposizioni di legge e il funzionamento delle strutture.

Tra i due livelli vi è per forza di cose sempre una distanza ... Si tratta di trovare un proficuo accordo da queste due realtà, com'è stato fatto in qualche contesto territoriale, seppure ancora inizialmente e senza organicità. Molto dipenderà dalla politica per la quale si incammineranno gli enti locali: ciò potrebbe essere favorito da una cornice nazionale uniforme, vincendo una serie di diffidenze che ancora persistono e che anzi sembrano accentuarsi proprio quando le vie aperte dal volontariato vengono fatte proprie dell'intervento pubblico.

Il pubblico non deve concepire il suo ruolo in contrapposizione con la società civile, della quale invece vanno valorizzati gli spunti: è una regola generale, che si applica anche in questo caso. ...

Sul piano culturale bisogna promuovere l'idea di una medicina transculturale, che riesca a rendere più efficaci le acquisizioni scientifiche-sanitarie attraverso una mediazione tra la cultura occidentale degli operatori sanitari e la cultura di pazienti provenienti dalle più disparate parti del mondo. In altre parole non vi è una scienza medica impersonale, che si possa calare nel concreto a prescindere da queste mediazioni. ...

Il settore nel quale attualmente va dispiegato il maggiore impegno è quello operativo; in esso bisogna calare le nuove impostazioni giuridiche e il modello di una medicina transculturale. Si dovrà cercare di fare di più in vari modi: vincendo i pregiudizi della gente, preparando meglio gli operatori sanitari, rendendo più flessibili le strutture del Servizio sanitario nazionale e meno complicata la prassi burocratica, aiutando gli stessi immigrati ad inserirsi più proficuamente in un ambiente diverso e, cosa non di secondaria importanza, valorizzando e sostenendo il ruolo del volontariato sanitario."

Da "La salute degli immigrati e la dialettica tra pubblico e privato". Discorso inaugurale del II Congresso Internazionale "Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in Immigrati e rifugiati" (Roma, 11 luglio 1990)

Don Luigi e l'occasione immigrazione (1996)

In questi anni, centinaia di volontari, medici e non, hanno offerto la loro gratuita e disinteressata collaborazione: anni di impegno, ma anche di riflessione su ciò che si fa, di analisi del bisogno che man mano emerge, di lettura spesso autocritica del nostro modo di porci nei confronti di persone provenienti da altri contesti sociali e soprattutto culturali. ...

Impegno di servizio per rispondere ad un bisogno così delicato è importante come quello della salute, impegno di studio e approfondimento di un fenomeno che fin dall'inizio intuimmo di straordinaria importanza non solo in termini problematici, che normalmente affiorano all'interesse dell'opinione pubblica, ma per quello che l'incontro con "culture altre" avrebbero prodotto in ogni campo del convivere sociale. La novità dell'incontro: una nuova relazione basata non sull'implicito ma sulla disponibilità ad

accettare l'altro, non in termini di semplice tolleranza, ma di progressivo e radicale cambiamento del modo di porci e di essere. ...

... L'immigrazione è una scelta, spesso obbligata; una partenza, spesso ricolma di speranze e di illusioni; un arrivo, spesso contrassegnato da sacrifici e da aspettative stracciate. E nel contempo una occasione e forse una provocazione per crescere, tutti, noi e loro, umanamente e professionalmente. ... Per entrare in un affascinante mondo che è quello che va oltre la realtà spesso fatta di immagini stereotipate dell'altro, un mondo fatto di valori, aspettative, pulsioni, speranze, ma anche di sofferenze, delusioni, insuccessi. Un mondo fatto non di pazienti da scrutare, ma di persone da accogliere.

Da "Un mondo nuovo" introduzione al saggio di Marco Mazzetti "Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano". L'Harmattan Italia, Torino 1996

Don Luigi contro i formalismi e l'autocommiserazione (1997)

L'Italia si è abituata ad essere il paese dei formalismi dove basta che certe soluzioni vengano enunciate solo sul piano formale per sbarazzarsi concretamente del problema e pensare ad altro. Per effetto di questa deprecabile filosofia abbiamo visto accrescersi la schiera dei poveri e degli emarginati e diminuire le risorse destinate al sociale nel contesto di leggi finanziarie preoccupate di non urtare eccessivamente le categorie

forti, e impotenti nel tagliare le aree di privilegio. ... Certamente, se ponessimo fine al complesso di autocommiserazione per cui, spesso e senza alcun fondamento, pensiamo di essere un paese invaso dagli immigrati, ai quali già diamo troppo, potremo liberarci dai formalismi e attivare una politica di accoglienza degna di tale nome. E, in tale percorso, la sanità dovendosi occupare del bene prezioso della salute, è un campo prioritario di intervento.

Da *Riconoscimento dei diritti: rispetto della dignità*, introduzione al saggio di Salvatore Geraci "Immigrazione e salute: un diritto di carta?". Anterem, Roma 1997

Per saperne di più:

Luigi Di Liegro. Prete di frontiera. Di Pino Ciocciola. Ancora, Milano 2006

Luigi Di Liegro, Profeta di carità e giustizia. Di Laura Badaracchi. Paoline editoriale libri, Milano 2007

Accanto a don Luigi Di Liegro. Testimonianze. Di Franco Placidi. Consorzio Arti Grafiche Editoriali, Roma, 2007

Dove Dio è accampato. Testi di Luigi Di Liegro. Phonostorie. Multimedia San Paolo, Milano, 2011

Immigrazione. Un punto di vista. Di Luigi Di Liegro. Sensibili alle foglie, Roma, 1997

Contatti:
www.caritasroma.it
www.fondazione diliegro.it

RELAZIONI

Aspetti epidemiologici della salute dei lavoratori immigrati in Italia

Aldo Rosano

Agenzia di Sanità Pubblica - LazioSanità

Introduzione

Negli ultimi 20 anni, il numero di immigrati in Italia è fortemente cresciuto, passando da 570.000 residenti all'inizio degli anni '90 secondo le stime ISMU (Iniziativa e Studi sulla Multietnicità), a oltre 4,5 milioni nel 2011, pari al 7,5% della popolazione italiana. La maggior parte degli stranieri proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e svolge un ruolo di vitale importanza nel mercato lavorativo italiano. Essi soddisfano prevalentemente la domanda di attività non qualificate, perlopiù precarie (Amborsini, 2001; Capacci, 2005) caratterizzate da un elevato rischio infortunistico, per le quali risulta più attenuata la concorrenza con gli italiani.

Il tipo di lavoro svolto e le condizioni lavorative rappresentano indubbiamente importanti determinanti di salute. Tra i fattori di rischio occupazionale, particolare rilevanza assumono gli aspetti psicosociali, correlati a ritmi di lavoro elevati, orari disagiati, scarso livello di informazione e addestramento, ridotte possibilità di avanzamento di carriera, relazioni interpersonali conflittuali e varie forme di discrimina-

zione (Costa, 2008). In riferimento alla popolazione immigrata e ai rischi connessi all'occupazione, esistono pochi studi volti a indagare i diversi aspetti sopra menzionati, in particolare il fenomeno della discriminazione subita in ambito lavorativo: si tratta di studi di portata limitata, condotti generalmente su piccoli campioni di lavoratori immigrati, in diverse città italiane.

Nella relazione sarà analizzata l'occorrenza di incidenti sul lavoro, di malattie professionali e di fenomeni di discriminazione verso i lavoratori immigrati confrontando i lavoratori stranieri regolari provenienti da paesi a forte pressione migratori e i lavoratori italiani utilizzando dati desunti dalle fonti informative ufficiali (ISTAT, INAIL) e da studi epidemiologici ad hoc.

Gli infortuni sul lavoro

Una grande quantità di studi internazionali indica che il rischio di infortuni sul lavoro mortali e non mortali sono più elevati tra gli immigrati rispetto ai lavoratori indigeni (Ahonen e Benavides 2006; Carangan, 2004; Loh e Richardson 2004;

Richardson, 2004. Shenker 2008). Anche negli studi in cui non è stato trovato nessuno svantaggio per i lavoratori immigrati (Ahonen, 2007), maggiori rischi di infortuni sul lavoro sono stati tuttavia osservati in categorie specifiche di lavoratori, come quelli impiegati nell'edilizia e nell'industria manifatturiera (Wu, 1997) e nel trasporto (Sinclar, 2006). Inoltre, un più alto rischio di infortuni è stato costantemente trovato tra gli immigrati appena arrivati (Wu, 1997) e nei loro primi anni di residenza nel paese ospitante (Corvalan, 1994; Smith, 2009).

Secondo l'INAIL, nel 2004-2008 il numero di infortuni sul lavoro è aumentato del 13% tra gli immigrati (da 127.281 a 143.561), mentre nel complesso è diminuito del 10% (da 966.729 a 874.940) (INAIL, 2009). Questo aumento può essere in parte spiegato con l'aumento della popolazione immigrata. Anche se nei due anni successivi (2009 e 2010) il numero di infortuni tra gli immigrati sono diminuiti, la loro frequenza si è mantenuta più alta rispetto ai lavoratori italiani (INAIL, 2010). Gli immigrati sono per lo più impiegati in settori con una prevalenza di attività manuali, caratterizzate da un elevato livello di rischio. La maggior parte degli incidenti osservata tra gli uomini immigrati avviene nel settore delle costruzioni, sia per gli incidenti fatali sia non fatali. Questi dati si riferiscono solo agli immigrati regolari, che possiedono l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ma non includono gli immigrati irregolari.

Nonostante la disponibilità di dati raccolti routinariamente che possono essere utilizzati per il monitoraggio infortuni sul lavoro in Italia, pochi studi, soprattutto a livello locale, sono stati condotti su questo fenomeno tra gli immigrati (Pittau, 2003; Bacicconi, 2003; Bacicconi, 2006; Colao 2006), e le informazioni disponibili sono

difficili da interpretare a causa della mancanza di idonei denominatori. In alcuni studi, i tassi di incidenza sono stati calcolati utilizzando come denominatore il numero di permessi di lavoro più una parte del numero di permessi di soggiorno in Italia per motivi di famiglia. (Pittau, 2003 Istat, 2006) i risultati di tutti questi studi ha mostrato una maggiore frequenza di infortuni tra gli immigrati rispetto agli italiani.

Un recente studio (Salvatore, 2012a) ha valutato l'occorrenza di infortuni sul lavoro tra gli immigrati regolari in Italia confrontandola con quella degli italiani, utilizzando informazioni specifiche in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro che sono state occasionalmente raccolte dall'indagine sulle forze di lavoro 2007. Tra gli uomini la percentuale di coloro che hanno dichiarato almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi era del 6,0% tra gli immigrati, mentre era del 3,4% tra gli italiani. Tra i lavoratori edili le probabilità di infortunio è stato due volte più elevato per gli immigrati rispetto agli italiani (OR = 2.05, 95% CI :1.56-2.69), mentre per i lavoratori edili non specializzati, le probabilità di infortunio è stato quasi nove volte superiore (OR = 8.64, 95% CI :2.85-26.20). Tra i fattori di rischio analizzati l'anzianità lavorativa si è mostrata come uno tra i più significativi nella comparazione immigrati/italiani: il rischio era più elevato nel primo anno di lavoro, si riduceva dopo 2-9 anni, e di nuovo in aumentava dopo 10 o più anni di lavoro. Per contro, il verificarsi di infortuni tra italiani era abbastanza stabile con il numero di anni di lavoro. Il numero più elevato di infortuni tra gli immigrati rispetto agli italiani nel primo anno di lavoro è probabilmente dovuto alla formazione insufficiente e all'esposizione ad attività rischiose senza una adeguata esperienza. Inoltre, le barriere linguistiche e di comunicazione potrebbero ostacolare la comprensione

corretta delle misure di prevenzione. Tra le donne il rischio infortunistico per le lavoratrici migranti, aggiustato per età, era simile a quelli delle italiane, sia in generale sia all'interno di specifiche occupazioni.

Analizzando il fenomeno attraverso i dati di accesso alle strutture sanitarie, uno studio condotto nella regione Lazio ha mostrato un più alto rischio di ospedalizzazione per infortuni sul lavoro tra gli stranieri provenienti dai paesi a forte pressione migratoria rispetto agli italiani, suggerendo una maggiore gravità delle lesioni riscontrate (Marchetti, 2011).

Dagli studi prodotti sul fenomeno infortunistico si deduce come vi sia una necessità di interventi, attraverso programmi di prevenzione, volti a ridurre il fardello di infortuni tra i lavoratori immigrati nei settori ad alto rischio e in particolare nel settore delle costruzioni, dove il numero di infortuni è elevato e la domanda per la forza lavoro straniera continua ad essere in ascesa.

Le malattie correlate all'attività lavorativa

Le disparità in materia di salute sul lavoro e la precarietà delle condizioni di lavoro degli immigrati è oggi riconosciuto come uno dei maggiori problemi di sanità pubblica, tuttavia la letteratura scientifica relativa a tali problemi è ancora scarsa e le stime sulla frequenza delle malattie lavoro-correlate sono disponibili solo a livello nazionale.

In un recente studio (Rosano, 2012) sono state confrontate le prevalenze di problemi di salute legati all'attività lavorativa tra immigrati regolari e lavoratori autoctoni utilizzando dati ricavati dall'indagine sulle forze di lavoro condotta dall'ISTAT nel 2007. Da tale indagine si desume che la prevalenza di malattie professionali era del 5,8% tra gli immigrati e del

7,0% tra gli italiani. Nel complesso, il rischio di malattie correlate al lavoro per i migranti non è statisticamente più elevato rispetto agli italiani. Quando si analizzano i rischi di lavoro per settore produttivo, lo studio rivela un rischio più elevato tra gli immigrati nell'industria e minori rischi nei servizi. Osservando patologie specifiche si ricava che gli immigrati hanno più probabilità di soffrire di malattie della pelle e di disturbi dell'apparato respiratorio, in particolare per coloro che sono impiegati nel settore dell'agricoltura.

Il lavoro fisico pesante contribuisce ad una serie di problemi muscoloscheletrici, compresi lesioni traumatiche dei tessuti molli, disturbi e malattie degenerative delle articolazioni delle mani, ginocchia e fianchi. Pochi studi si sono occupati del rischio di disturbi muscolo-scheletrici nei lavoratori immigrati del settore agricolo. Gli articoli pubblicati, tuttavia, mostrano che i lavoratori agricoli sono esposti a molti del rischio fattori associati a lesioni muscolo-scheletrico. I fattori professionali che contribuiscono a sforsare la schiena includono lesioni precedenti, sollevamento di carichi pesanti e trasporto, posizioni di lavoro difficili, ritmi di lavoro troppo veloce, vibrazioni al corpo intero, e lavorare in climi freddi o caldi (Maeda, 1980). La prevalenza di problemi muscolo-scheletrici tra i lavoratori migranti impiegati nel settore agricolo è stata riportata con percentuali che andavano dal 21% al 46%, ma sempre superiori rispetto ai lavoratori autoctoni (Schenker, 2010; Anthony, 2008), in particolare tra i lavoratori non qualificati (Bonauto, 2010).

Problemi respiratori e della pelle sono stati trovati significativamente associati con lo status di migrante, tra i lavoratori spagnoli (Rosano, 2012), così come quelli impiegati nel settore agricolo negli USA (Irby, 2009) o in altri settori, come i servizi

di pulizia e abbigliamento, in Italia (Capacci, 2005).

In generale lo stress è una condizione riportata più di frequente da parte dei lavoratori autoctoni, soprattutto in Italia (Rosano, 2012). Lo stress dipende da vari fattori come carenze nella gestione e organizzazione dei processi di lavoro, condizioni e ambiente di lavoro, problemi di comunicazione o fattori personali. Nel dichiararsi "stressato" elementi linguistici e culturali possono essere determinanti: l'interpretazione del termine "stress" può differire concettualmente tra nativi e migranti.

Tra i fattori di rischio associati alle malattie lavorative si segnalano la posizione lavorativa, il riconoscimento delle competenze e le barriere linguistiche. Una percentuale elevata di lavoratori immigrati sono assunti con contratti a breve termine, il che significa che sono suscettibili di ricevere meno formazione e sono probabilmente meno consapevoli dei rischi. Le competenze linguistiche sono fondamentali per abbattere le barriere che i lavoratori migranti incontrano e per ottenere una migliore occupazione.

Intraprendere studi sui rischi per la salute lavoro correlati tra i migranti non solo può contribuire alla conoscenza della dimensione di tale fenomeno, ma può anche essere di aiuto per le strategie di prevenzione, offrendo più chance di protezione verso lavoratori ad alto rischio. Inoltre, analisi più approfondite sui meccanismi sociali, culturali, che accrescono il rischio di malattie lavoro-correlate sarebbe fondamentale per una comprensione complessiva del fenomeno.

La discriminazione nei luoghi di lavoro

Per discriminazione si intende il trattamento non paritario attuato nei confronti di individui o gruppi, in ragione della loro appartenenza a una specifica categoria. Il

concetto di discriminazione è definito con precisione dalla normativa italiana, a partire dalla Legge 125/91 che ha introdotto, con riferimento all'ambito lavorativo, la distinzione tra forme discriminative dirette e indirette. In particolare, la discriminazione diretta consiste in atti o comportamenti che producono un effetto pregiudizievole ai danni dei lavoratori in conseguenza dell'appartenenza etnica e religiosa o del sesso; quella indiretta si riscontra ogni volta che si adotta un trattamento uguale e apparentemente neutro nei confronti di soggetti che si trovano in diverse condizioni di svantaggio. Ai sensi del Trattato di Amsterdam, vengono ricompresi tra i casi di discriminazione anche le molestie, incluse quelle a sfondo sessuale. Secondo i dati diffusi dall'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel periodo 2005-2009 la maggior parte delle discriminazioni segnalate in Italia ha riguardato l'ambito lavorativo, in particolare i lavoratori sottopagati e le occupazioni più rischiose (Dipartimento per le Pari Opportunità, 2009).

Nell'ambiente di lavoro sono state individuate diverse forme di discriminazione: sottoinquadramento contrattuale e il mancato riconoscimento dei titoli di studio e delle qualifiche professionali, il mancato rispetto degli oneri contrattuali e delle condizioni di lavoro, l'assenza di formazione e addestramento. Non vanno inoltre trascurati altri fenomeni di particolare gravità quali atti di razzismo e xenofobia da parte di colleghi e datori di lavoro.

Diversi studi hanno evidenziato come la percezione della discriminazione legata allo status di immigrato sia in grado di influire sulle condizioni di salute, alterando l'equilibrio psicologico (Gee, 2006) o aumentando il rischio di malattie cardiovascolari. La discriminazione subita dagli

immigrati sul luogo di lavoro può essere causa di ansia e insicurezza, e agisce negativamente sullo stato di benessere psicofisico delle persone, specie quelle a più alto rischio di esclusione sociale. Inoltre, è stata rilevata una maggiore percezione delle esperienze di discriminazione tra le minoranze etniche, caratterizzate da un basso status socio-economico (ISTAT, 2008). Le forme di discriminazione che gli immigrati possono subire nell'ambiente di lavoro vanno dal mancato rispetto delle condizioni di lavoro e riconoscimento delle competenze professionali agli atti di razzismo da parte di colleghi e datori di lavoro (Galossi, 2007).

Un recente studio (Salvatore, 2012b) ha confrontato la percezione di essere esposti a fenomeni di discriminazione nell'ambiente di lavoro tra lavoratori stranieri regolari provenienti da PFPM e gli italiani utilizzando dati relativi ad un campione di occupati rappresentativo a livello nazionale desunti dalla rilevazione campionaria sulle Forze di Lavoro in Italia, relativa al secondo trimestre 2007 (ISTAT, 2007).

Tra i maschi, le percentuali di lavoratori che si sentono esposti a fenomeni di prepotenza o discriminazione sono più elevate tra gli Africani e gli asiatici, pari rispettivamente a 13% e 11%, contro il 4% dei lavoratori italiani. Per quanto riguarda l'associazione tra lo status di immigrato e l'esposizione a prepotenza o discriminazione percepita nell'ambiente di lavoro i rischi, aggiustati per età, istruzione, ripartizione geografica e tipo di professione, sono risultati pari a 4,6 volte (IC95%: 3,6-5,8) per gli africani, 3,4 (IC95%: 2,5-4,6) per gli asiatici, 2,1 (IC95%: 1,6-2,8) per gli europei e 2,0 (IC95%: 1,0-3,7) per i sudamericani, assumendo gli italiani come gruppo di riferimento. I rischi risultavano più elevati tra gli operai edili e quelli impegnati nei settori industriale e agricolo e tra i residen-

ti nelle regioni del Centro e del Mezzogiorno rispetto a chi risiede nel Nord. L'età, il livello d'istruzione e gli anni di residenza in Italia non sembrano influenzare la discriminazione. Tra le femmine, il 16% delle sudamericane e il 9% delle africane dichiarano di sentirsi esposte a fenomeni di prepotenza o discriminazione, contro il 5% delle italiane. Tra le europee e le asiatiche tale percentuale è pari rispettivamente al 6% e 4%. Le lavoratrici con almeno licenza media inferiore mostrano un rischio 4 volte superiore di essere esposte a prepotenza o discriminazione percepita rispetto alle lavoratrici meno istruite. Dichiarano invece una minore esposizione le donne più giovani e quelle occupate nelle professioni non qualificate. Anche per le donne il fenomeno discriminatorio appare più diffuso nelle regioni del Centro e del Mezzogiorno. Il dato desumibile da questo studio è piuttosto allarmante, se si considera la potenziale sottostima del fenomeno dovuta al fatto che l'indagine considera i soli immigrati regolari iscritti in anagrafe e dunque maggiormente integrati.

Secondo i risultati di uno studio di Galossi (2007) il possesso di un permesso di soggiorno valido risulta un fattore di protezione che, anche se non annulla, tende comunque a limitare il peso delle discriminazioni tanto più quanto maggiore è la durata del permesso. Quando i fenomeni di discriminazione sono autoriferiti potrebbe esserci una sottostima per via della plausibile reticenza degli intervistati a riportare episodi di discriminazione per paura di eventuali ritorsioni sul lavoro. Dallo stesso studio di Galossi è emerso infatti che gli immigrati tendono a dichiarare un livello di discriminazione percepita più basso rispetto a quello che realmente sperimentano nel mondo del lavoro.

Tra i lavoratori maschi risultano maggiormente esposti a fenomeni di discrimi-

nazione gli operai e, tra le diverse comunità, quella africana e quella asiatica, sebbene divari significativi con gli italiani siano stati individuati anche per le altre aree geografiche di provenienza. Gli ambienti lavorativi più esposti a fenomeni di discriminazione (cantieri, campi o fabbriche) sono quelli generalmente più legati allo svolgimento di mansioni più faticose e turni di lavoro disagiati. La maggiore percezione di fenomeni discriminatori dichiarata dalle comunità africana e asiatica può suggerire una discriminazione su base razziale. È stato riportato in un'altra indagine come nel settore edile risulta molto elevata la percentuale di coloro che dichiarano di aver vissuto atteggiamenti discriminatori sul posto di lavoro come appellativi razzisti e mancanza di rispetto per la propria religione e usanze, ma anche inosservanza delle condizioni del rapporto di lavoro (Galossi 2008). Tra le donne immigrate, diversamente da quanto registrato per gli uomini, sono le più istruite e coloro che svolgono le professioni più qualificate a sentirsi maggiormente esposte a fenomeni di discriminazione (Salvatore, 2012b), verosimilmente in conseguenza di un diverso accesso alle opportunità di avanzamento nella carriera o di un mancato riconoscimento delle proprie capacità professionali. Tale risultato è confermato da quanto riportato in letteratura da uno studio di Galossi (2007). È difficile stabilire quanto il quadro delle discriminazioni individuato per le donne immigrate sia attribuibile alla provenienza geografica e quanto al genere.

Per ciò che concerne le differenze nella percezione della discriminazione tra immigrati provenienti da diverse aree geografiche va detto che la percezione della discriminazione può essere influenzata dalle diverse culture e dall'appartenenza etnica, per cui a parità di condizioni gli intervista-

ti possono riportare differenti esperienze soggettive.

Alla luce dei risultati degli studi sul tema della discriminazione, emerge la necessità di avviare interventi diretti a tutelare negli ambienti di lavoro i gruppi sociali più deboli, tra i quali gli immigrati appaiono meritevoli di particolare considerazione. Interventi in tal senso sono auspicati dalle legislazioni europea e nazionale che riconoscono i fattori psicosociali come determinanti delle condizioni di salute e sicurezza in ambito lavorativo e individuano, tra le categorie particolarmente esposte a rischi, i lavoratori provenienti da altri Paesi (Costa, 2009).

Conclusioni

I lavoratori immigrati giocano un ruolo complementare nell'economia italiana, trovano maggiore occupazione nei settori diventati meno ambiti dagli italiani, come ad esempio l'edilizia, l'agricoltura e l'assistenza. Gli immigrati versano nelle casse pubbliche più di quanto ricevano come fruitori di prestazioni sociali e sanitarie. I lavoratori migranti sono circa il 10% dei lavoratori dipendenti, versano circa 11 miliardi di contributi previdenziali e prelievi fiscali l'anno, incidendo dell'11,1% sul PIL (Caritas, 2011)

Il tema dell'immigrazione è stata fino ad oggi utilizzato nella dialettica politica soprattutto attraverso stereotipizzazioni favorendo una percezione distorta sull'impatto nella società della presenza delle persone immigrate. È necessario oggi che la politica cambi paradigmi affronti seriamente il tema della tutela della salute dei lavoratori immigrati, che molto danno all'economia del nostro paese ricevendo in cambio meno servizi di quelli di cui hanno bisogno e di cui hanno diritto. Dietro i numeri esposti in questa relazione vivono storie di sofferenza e di disagio che è pos-

sibile affrontare solo ipotizzando azioni positive¹ nei confronti di questi lavoratori: è ipocrita offrire nello stesso modo e nella stessa misura lo stesso tipo di assistenza a chi ha tutti gli strumenti per fruirne e a chi non è sprovvisto e parlare di uguaglianza.

Note

¹ Le azioni positive consistono in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità. La Costituzione italiana sancisce il principio di uguaglianza tra i cittadini e persegue la finalità di una realizzazione reale e non solamente formale di uguaglianza: il perseguimento dell'uguaglianza sostanziale legittima l'adozione di misure e di strumenti che riequilibrino le situazioni di svantaggio.

Bibliografia

- Ahonen EQ, Benavides FG Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:424-426.
- Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33(2): 96–104.
- Ambrosini M: The role of Immigrants in the Italian Labour Market. *International Migration* 2001; 39 (3): 61-83.
- Anthony M, Williams JM, Avery AM. Health Needs of Migrant and Seasonal Farmworkers. *J Community Health Nurs* 2008; 25: 153-60.
- Bacciconi M, Patussi V, Barbina P et al. Occupational accidents among immigrant women in the Italian North-Eastern Regions (Veneto and Friuli-Venezia Giulia). *Epidemiol Prev.* 2006; 30(1):33-39.
- Bacciconi M, Patussi V, Barbina P, Franco S, Fedeli U, Mastrangelo G et al: Lavoratori migranti e infortuni: riflettori puntati su due regioni. Indagine sul campo in Friuli-Venezia Giulia e Veneto. Ambiente e sicurezza sul lavoro 2003;11:34-46.
- Bonauto DK, Smith CK, Adams DA, et al. Language Preference and Non-Traumatic Low Back Disorders in American Journal of Industrial Medicine, 2010; 53(2): 204:215.
- Capacci F, Carnevale F, Gazzano N: The health of foreign workers in Italy. *Int J Occup Environ Health* 2005; 11 (1): 64-69.
- Carangan M, Tham KY, Seow E: Work-related injury sustained by foreign workers in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33:209–13.
- Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier Statistico 2010. XX Rapporto. Roma (IT): Idos; 2010.
- Colao AM, Pisciotto V, Giampaolletti C, Cenci G: Occupational accidents among immigrant workers in the Fabriano area. *Medicina del Lavoro* 2006;97(6):787-98.
- Corvalan CF, Driscoll TR, Harrison JE. Role of migrant factors in work-related fatalities in Australia. *Scand J Work Environ Health.* 1994; 20:364–370.
- Costa G: I cambiamenti nel mondo del lavoro e la gestione dei rischi organizzativi e psicosociali. *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30 (Suppl 3): 106-109.
- Costa G: Inquadramento dello stress lavorativo per la valutazione e la gestione del rischio. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31 (2): 188-190.
- Dipartimento per le Pari Opportunità - Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica. Relazione al Parlamento sull'effettiva applicazione del principio di parità di trattamento e sull'efficacia dei meccanismi di tutela. Anno 2009.
- Galossi E, Mora M, Padoan V: Discriminazioni e luoghi di lavoro: una survey sulle valutazioni e le percezioni degli immigrati. Rapporto di ricerca IRES, 2007.
- Galossi E, Mora M, Padoan V: Le discriminazioni etnico-religiose nel mondo del lavoro. Rapporto di ricerca IRES, 2007.
- Galossi E, Mora M: Terzo rapporto IRES-FILLEA. I lavoratori stranieri nel settore edile. Rapporto di ricerca IRES-FILLEA, 2008.
- Gee GC, Ryan A, Laflamme D, Holt J: Self-reported discrimination and mental health status among African American descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New

- Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health* 2006; 96 (10): 1821-1825.
- INAIL. Rapporto Annuale 2008: Analisi dell'andamento infortunistico. Milano, 2009.
- INAIL. Rapporto Annuale 2010 con analisi dell'andamento infortunistico. Milano, 2011.
- Irby CE, Yentzer BA, Vallejos QM, et al. The prevalence and possible causes of contact dermatitis in farmworkers. *Int J Dermatol* 2009; 48: 1166-70.
- ISTAT. Gli stranieri nel mercato del lavoro. Argomenti n. 36, Roma, 2008.
- ISTAT. Gli stranieri nella rilevazione sulle forze di lavoro. Metodi e Norme n. 26, Roma, 2006.
- ISTAT: La rilevazione sulle Forze di Lavoro: contenuti, metodologie, organizzazione. Metodi e Norme n. 32, Roma, 2006.
- ISTAT: La rilevazione sulle forze di lavoro: contenuti, metodologie, organizzazione. Metodi e Norme n. 32, Roma, 2006.
- ISTAT: Salute e sicurezza sul lavoro. Statistiche in breve, Roma, 2008.
- Loh K, Richardson S: Foreign-born workers: trends in fatal occupational injuries, 1996-2001. *Mon Labor Rev* 2004;127:42-53.
- Maeda K, Okazaki F, Suenaga T, et al. Low back pain related to bowing posture of greenhouse farmers. *J Hum Ergol (Tokyo)* 1980; 9: 117-23.
- Marchetti A, Mantovani J, Di Lallo D, Di Napoli A, Guasticchi G: Epidemiology of work-related accidents in the Lazio Region. *Medicina del Lavoro* 2011;102(6): 473-83.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali: L'immigrazione per lavoro in Italia: evoluzione e prospettive. Rapporto 2011.
- Pittau F, Spagnolo A: Immigrati e rischio infortunistico in Italia [Immigrants and risk of injury in Italy]. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2003.
- Richardson DB, Loomis D, Bena J, Bailer AJ. Fatal occupational injury rates in southern and non-southern States, by race and Hispanic ethnicity. *Am J Public Health* 2004; 94(10):1756-1761.
- Rosano A, Ronda E, Benavides FG, Cacciani L, Baglio G, Spagnolo A. Work-related health problems among resident immigrant workers in Italy and Spain *Italian Journal of Public Health*. 2012; 3.
- Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. Work-Related Injuries Among Immigrant Workers in Italy. *J Immigr Minor Health*. 2012a Jul 3.
- Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. [Discrimination at the workplace among immigrants in Italy]. *Med Lav*. 2012b Jul-Aug;103(4):249-58.
- Schenker M: Work-related injuries among immigrants: a growing global health disparity. *Occup Environ Med* 2008;65:717-8.
- Schenker MB. A Global Perspective of Migration and Occupational Health. *Am J Ind Med* 2010; 53: 329-37.
- Smith PM, Mustard CA: Comparing the risk of work-related injuries between immigrants to Canada and Canadian-born labour market participants. *Occup Environ Med* 2009; 66:361-7.
- Wu TN, Liou SH, Hsu CC, Chao SL, Liou SF, Ko KN et al: Epidemiologic study of occupational injuries among foreign and native workers in Taiwan. *Am J Ind Med* 1997; 31:623-30.

Contatto: Aldo Rosano (rosano@asplazio.it)

Una frattura insanabile. Il diritto alla salute dei lavoratori stranieri al tempo della crisi del *welfare state*

Antonello Ciervo

Università degli Studi di Perugia. Responsabile legale della *law clinic* in diritto dell'immigrazione, Università di Roma Tre.

Cambiando l'ordine dei fattori

In uno dei suoi frammenti filosofici, scritto nel 1921 ma apparso postumo¹, Walter Benjamin notava come il sistema economico capitalista avesse ormai assunto, all'inizio del XX secolo, i connotati tipici di una religione i cui tratti caratteristici consistevano nell'essere: a) un "culto puro", senza cioè una propria specifica dogmatica e senza neppure un apparato teologico di sostegno. Il "culto puro" del capitalismo, in pratica, consisterebbe nel fare professione cieca dell'utilitarismo e delle capacità imprenditoriali dell'*homo oeconomicus* che le incarna; b) un culto "durevole e permanente", poiché in esso "... non ci sono «giorni feriali», non ci sono che giorni di festa nel senso spaventoso dell'ostentazione della pompa sacrale, in tutto il massimo sforzo dei suoi fedeli"². Ma soprattutto l'essenza propria del capitalismo sarebbe quella di essere, c) un culto "indebitante".

Se si va a leggere il testo originale di questo frammento, in realtà, si nota come il filosofo abbia utilizzato, per definire la terza e più importante caratteristica del capitalismo, il termine *Schuld*. Questo termine, nella lingua madre di Benjamin, è polisemico: in tedesco, infatti, la parola *Schuld* significa letteralmente debito, ma anche colpa, errore o mancanza. Il termine, così come del resto il concetto che esso esprime, risulta evidentemente ambiguo:

volendo fare un piccolo *calembour*, si potrebbe dire che ogni qual volta si decide di tradurre *Schuld* con il termine "debito", si contrae immediatamente un debito anche con tutti gli altri significati che la parola stessa evoca, poiché non si rende giustizia alla sua intrinseca polisemia.

Ma tradurre la parola *Schuld* con "debito" – e dire che il capitalismo è una religione indebitante – ci consente anche di comprendere che cosa avesse in mente il filosofo, nel momento in cui decideva di utilizzare questa parola per meglio esprimere il senso ultimo della sua visione religiosa dell'economia. Ed infatti, afferma Benjamin, "Il capitalismo è il primo caso di un culto che non libera dalla colpa, ma che indebita... È nella natura di questo movimento religioso, qual è il capitalismo, tener duro sino alla fine, sino al finale e completo indebitamento di Dio, sino al raggiunto stato mondiale della disperazione, nella quale si spera ancora solo a malapena. In ciò consiste l'inaudito del capitalismo: che una religione non rappresenti più la riforma dell'essere, bensì la sua distruzione"³.

Insomma, la condizione umana all'interno di questa prospettiva completamente immanente al mondo e priva, quindi, di ogni possibile forma di salvezza trascendente, non può che essere una strada senza via d'uscita, una condizione perennemente indebitante e, quindi, una condi-

zione intrinsecamente colposa. In questa prospettiva, l'essere umano per il solo fatto di vivere, di essere presente al suo tempo, sconta la sua colpa e paga il suo debito a questo dio in cui, nonostante tutto, continua a credere. Insomma, sembra qui essersi invertito l'ordine dei fattori: la colpa dell'uomo (il suo debito) non si estingue più con le buone opere e con il duro lavoro, come voleva invece il Weber de *"L'etica protestante"*. Al contrario, questa colpa si riproduce continuamente e questo atteggiamento di venerazione nei confronti del culto dell'utilitarismo egoistico amplia a dismisura il debito che si produce, per il solo e semplice fatto che l'uomo stesso continua a vivere.

Potrebbero sembrare queste delle parole fuori luogo o, addirittura, prive di senso in uno scritto dedicato alla tutela della salute dei lavoratori stranieri ai tempi della crisi del *Welfare State*. Ma, a ben vedere, alcuni eventi verificatisi nel corso degli ultimi mesi in Europa, rendono assolutamente attuali e del tutto pertinenti le riflessioni che Walter Benjamin appuntava nei suoi fogli sparsi, ormai quasi un secolo fa.

Il "tramonto dorato" del Welfare State europeo: il caso della Grecia

Nel corso di una conferenza stampa tenutasi il 1° aprile 2012, gli allora ministri della sanità e degli interni greci annunciavano un nuovo piano per la protezione della salute pubblica⁴. A loro avviso, infatti, quello dell'immigrazione illegale era ormai diventata una "bomba sanitaria" pronta ad esplodere in qualsiasi momento, visto che il numero dei cittadini ellenici affetti da patologie che ormai si pensava essere state debellate – come, ad esempio, la lebbra, la sifilide e l'AIDS –, era sensibilmente aumentato nel corso degli ultimi anni, in concomitanza con la crisi economica. La causa di queste epidemie di vasta

scala, ad avviso dei due ministri, era strettamente connessa alla presenza massiccia ed ormai incontrollata dei lavoratori stranieri sul territorio nazionale.

Il numero dei malati di AIDS, infatti, sarebbe aumentato nel solo 2011 del 1000%, anche se dal rapporto annuale del KEELPNO (il Centro di prevenzione e di controllo delle malattie che fa capo al Ministero della Salute), al 31 dicembre 2011 risultava sì un aumento del 1500% dei casi di AIDS rispetto all'anno precedente, ma con riferimento ai soggetti tossicodipendenti da droghe iniettabili, mentre rispetto alla popolazione generale, il rapporto riferiva che l'aumento dei casi di contagio da HIV era stato soltanto del 57%. Nessun dato disaggregato, tuttavia, veniva fornito dal Ministero della Salute con riferimento alla popolazione straniera presente, legalmente o illegalmente, sul territorio greco⁵.

La soluzione a questo problema sarebbe consistita, ad avviso dei due ministri, nell'introduzione del "Certificato di salute", un documento sanitario che avrebbe dovuto essere in possesso di tutti gli immigrati presenti sul territorio ellenico e grazie al quale le Autorità di Pubblica Sicurezza avrebbero potuto: *"1. ricercare e identificare le malattie diffuse portate da parte degli immigrati che entrano nel paese illegalmente; 2. rendere obbligatori i controlli sanitari per tutti gli immigrati...; 3. creare all'interno degli ospedali speciali aree di sorveglianza, sotto il controllo della polizia, degli immigrati con diagnosi di patologia infettiva contagiosa; 4. non permettere agli immigrati con patologie infettive trasmissibili di svolgere lavori che possano influire sulla salute pubblica; 5. consentire a gruppi di poliziotti... di effettuare controlli sanitari sugli immigrati illegali; 6. istituire una linea telefonica cui ogni cittadino si possa rivolgere segnalando luoghi o appartamenti dove gli immigrati*

vivono in condizioni di sovraffollamento e di scarsa igiene, o luoghi in cui si radunano, e che possono originare epidemie⁶⁶.

Gli immigrati privi del "Certificato di salute", pertanto, si sarebbero dovuti considerare portatori di malattie infettive e, per questo motivo, a partire dal 1° luglio 2012, tutti gli stranieri presenti sul territorio greco avrebbero dovuto essere in possesso di questo documento, pena la loro immediata espulsione. L'esito di questo nuovo corso delle politiche sanitarie greche è stato l'operazione di polizia denominata "Zeus Xenios"⁶⁷, che ha portato in 24 ore, il 7 agosto 2012, all'arresto di 6000 stranieri di cui 1600 immediatamente espulsi dal territorio ellenico, perché privi del "Certificato di salute". Ciò integra, evidentemente, una violazione dell'articolo 4 del IV protocollo alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo, articolo che – in maniera assolutamente univoca – afferma che "Le espulsioni collettive di stranieri sono vietate".

Del resto, la stessa Corte di Strasburgo, nel risolvere il caso *Henning Becker c. Danemark* (n. 7011/75, sentenza del 3 ottobre 1975), ebbe modo di dare una definizione molto chiara di questo concetto giuridico, definendolo come "... toute mesure de l'autorité compétente contraignant des étrangers, en tant que groupe, à quitter un pays sauf dans les cas où une telle mesure est prise à l'issue et sur la base d'un examen raisonnable et objectif de la situation particulière de chacun des étrangers qui forment le groupe". Nel caso dell'operazione "Zeus Xenios", invece, non solo non sono state poste in essere misure specifiche di tutela, caso per caso, dei singoli stranieri allontanati dal territorio nazionale, ma vi è anche la concreta possibilità che molti degli espulsi avrebbero comunque potuto chiedere asilo politico in Grecia, perché provenienti da Stati – come la Siria, ad esempio

– che attualmente versano in uno stato di guerra o di conflitto interno.

Ma il rischio di un "contagio" in Europa delle politiche anti-immigrazione elleniche risulta concreto: anche la Spagna, infatti, ha deciso di ridimensionare drasticamente il riconoscimento del diritto alla salute dei lavoratori stranieri, a causa della perdurante crisi che sta colpendo l'economia del Paese. Il Governo Rajoy, infatti, si è apprestato a varare un'importante "riforma" del sistema di *Welfare* che prevede un taglio di ben 7 miliardi di euro al sistema sanitario nazionale. Tra le tante misure rientranti in questa "riforma", si deve ricordare la revoca, a partire dal 1° settembre 2012, della tessera sanitaria agli immigrati presenti irregolarmente sul territorio. Il Ministro della Salute non ha fornito la cifra di quante persone perderanno, a causa della nuova normativa, l'assistenza sanitaria gratuita – che, prima della "riforma", era garantita con la semplice dichiarazione di domicilio da parte dello straniero –, ma ha comunque assicurato che questa misura permetterà allo Stato di risparmiare circa 500 milioni di euro. Il Governo Rajoy ha così deciso di garantire l'assistenza agli stranieri senza documenti, con meno di 65 anni, solo se verseranno 710,40 euro all'anno (ossia 52,20 euro al mese), mentre per chi supera i 65 anni il costo aumenterà a 1.864,80 euro per 12 mesi. Da questa misura vengono esclusi solo i casi di emergenza che verranno assistiti ai pronto soccorso.

La situazione dei lavoratori "neo-comunitari" in Italia

Se i casi della Grecia e della Spagna possono inquietare gli animi, a causa della brutalità con cui questi Governi hanno posto in essere un vero e proprio "giro di vite" nei confronti dei lavoratori immigrati e della tutela del loro diritto alla salute, a

ben vedere è possibile considerare la più recente legislazione europea per rendersi conto che, in realtà, normative ben più discriminatorie erano state adottate anche prima dello scoppio della crisi.

Il riferimento è alla direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini c.d. "neo-comunitari" di circolare e soggiornare liberamente, insieme ai loro familiari, nel territorio degli Stati dell'Unione, direttiva questa che è stata recepita in Italia con il Decreto legislativo n. 30 del 6 febbraio 2007, in seguito all'allargamento dell'UE a molti Paesi dell'est, appartenenti all'ex blocco socialista. Infatti, con il primo allargamento del 2004, sono entrati nella UE la Repubblica Ceca, l'Estonia, la Polonia, la Slovacchia, la Slovenia, la Lettonia, la Lituania, l'Ungheria e le isole di Malta e Cipro, mentre, a partire dal 1° gennaio 2007, sono diventati membri dell'Unione la Bulgaria e la Romania. Con il secondo allargamento, si è stimato che circa il 30 % dei cittadini extracomunitari presenti in Italia si è "trasformato", dal giorno alla notte, in cittadino comunitario, con tutto quel che ne conseguiva, in materia di libera circolazione dei lavoratori e per quanto concerneva il loro diritto a stabilirsi sul territorio statale: a questo punto – e cioè soltanto un mese dopo l'apertura delle frontiere europee alla Bulgaria e alla Romania –, il 6 febbraio 2007, il Governo italiano ha immediatamente emanato il Decreto legislativo n. 30.

Significativo, per quanto ci riguarda, è l'articolo 7, primo comma, lettera b) del Decreto, il quale stabilisce che il cittadino "neo-comunitario" ha diritto di soggiornare nel territorio nazionale per un periodo superiore a tre mesi, soltanto se dimostra di avere un lavoro (e cioè se è "economicamente attivo", come è solita esprimersi la Corte di Lussemburgo nel suo inquietante linguaggio tecnocratico) e se "... dispone

per sé stesso e per i propri familiari di risorse economiche sufficienti, per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato durante il periodo di soggiorno, e di un'assicurazione sanitaria o di altro titolo idoneo comunque denominato che copra tutti i rischi nel territorio nazionale".

Pertanto, oggi in Italia, un cittadino rumeno o bulgaro può circolare liberamente per un periodo di tempo non superiore a tre mesi, mentre per circolare liberamente per un periodo maggiore deve dimostrare di avere un lavoro e deve stipulare un'assicurazione sanitaria, per sé e per i membri della sua famiglia presenti sul territorio nazionale, al fine di non gravare sulle casse dello Stato. Ma poiché la direttiva ed il Decreto legislativo nulla disponevano circa il diritto dei cittadini "neo-comunitari non economicamente attivi" a fruire, in modo paritario con i cittadini italiani, delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in avanti, SSN), con una nota informativa del 3 agosto 2007 il Ministero della Salute ha previsto l'iscrizione al SSN dei soli cittadini comunitari soggiornanti per un periodo superiore ai tre mesi, purché "economicamente attivi", disponendo per tutti gli altri comunitari l'accesso alle sole cure "indifferibili ed urgenti". Successivamente, con un'altra nota informativa, datata 19 febbraio 2008, il Ministero ha ampliato la platea dei garantiti, riconoscendo l'accesso alle cure "indifferibili ed urgenti" ai minori e alle donne incinte: a queste ultime, inoltre, è stato anche riconosciuto l'accesso ai trattamenti per l'interruzione volontaria di gravidanza.

Tuttavia, come è stato opportunamente notato, le disposizioni legislative del Decreto n. 30 – seppur integrate dalle note informative del Ministero della Sanità –, comunque "... determinano un livello di tutela del diritto alla salute inferiore a quello

previsto per i cittadini extracomunitari irregolarmente soggiornanti sul territorio italiano. L'art. 35, c. 3 del TU Immigrazione consente, infatti, allo straniero irregolare di accedere non solo alle cure urgenti ma anche a quelle «essenziali, ancorché continuative», cui, invece, sulla base delle circolari richiamate i cittadini comunitari non avrebbero diritto⁹⁸.

Al riguardo, bisogna ricordare come la Corte costituzionale sia intervenuta sul punto con la sentenza n. 269 del 2010, avendo il Governo italiano impugnato l'articolo 2, comma 4 della legge della Regione Toscana n. 29 del 2009, nella parte in cui, disponendo che «gli interventi previsti dalla presente legge sono estesi anche a cittadini neocomunitari compatibilmente con le previsioni normative vigenti, fatte salve norme più favorevoli» – consentendo, in questo modo, l'accesso al SSN ai «neocomunitari» a parità di condizioni con i cittadini italiani – avrebbe violato l'art. 117, secondo comma, lettera a) della Costituzione. Ad avviso della Corte, tuttavia, la questione di costituzionalità non risultava fondata poiché la legge regionale si inseriva in un quadro normativo volto a favorire la piena integrazione anche dei cittadini «neo-comunitari», presupposto imprescindibile per l'attuazione delle disposizioni in materia di cittadinanza europea.

Pertanto, il Decreto legislativo n. 30 ha stabilito precisi criteri inerenti al diritto di soggiorno dei cittadini dell'Unione, volti a disciplinare il riconoscimento in favore dei medesimi di una serie di prestazioni relative a diritti civili e sociali, anche se, ad avviso della Corte, «Le indicazioni contenute nel citato decreto... devono essere armonizzate con le norme dell'ordinamento costituzionale italiano che sanciscono la tutela della salute, assicurano cure gratuite agli indigenti, l'esercizio del diritto all'istruzione, e, comunque, attengono a prestazioni concer-

nenti la tutela di diritti fondamentali, spettanti ai cittadini neocomunitari in base all'art. 12 del Trattato, che impone sia garantita, ai cittadini comunitari che si trovino in una situazione disciplinata dal diritto dell'Unione europea, la parità di trattamento rispetto ai cittadini dello Stato membro. In questa prospettiva, la norma regionale in esame non determina alcuna lesione delle competenze legislative statali in tema di rapporti con l'Unione europea, limitandosi ad assicurare anche ai cittadini neocomunitari quelle prestazioni ad essi dovute nell'osservanza di obblighi comunitari e riguardanti settori di propria competenza, concorrente o residuale, riconducibili al settore sanitario⁹⁹.

Crisi del Welfare State e diritto alla salute dei lavoratori migranti: quali prospettive?

Il quadro che si è andato delineando nel corso di queste pagine dimostra quali siano le linee di tendenza delle attuali politiche legislative europee, in materia di tutela della salute dei lavoratori migranti: le prospettive future non sembrano rosee, né c'è da sperare che gli esempi qui analizzati di ridimensionamento del diritto alla salute degli stranieri possano essere considerati dei casi isolati e, tutto sommato, eccezionali. L'impressione, al contrario, è che i casi greco e spagnolo – oltre alla normativa italiana in materia di libera circolazione dei «neo-comunitari» – sembrano assumere l'angosciante ruolo di casi-pilota, esperimenti sociali e politici che ben presto potrebbero estendersi, con il pretesto della crisi economica e del risanamento dei conti pubblici, anche ai cittadini europei.

La logica sottesa ai sistemi di *Welfare State*, del resto, andava in una direzione diametralmente opposta rispetto alle politiche neo-liberiste di «*spending review*»,

poste in essere negli ultimi mesi da molti Stati. I sistemi sanitari nazionali, come del resto quelli d'istruzione e di previdenza sociale, infatti, erano orientati ad includere, e non certo ad escludere, gli individui – cittadini o stranieri – all'interno della "società del benessere". Per questo motivo, quindi, l'estensione dei diritti sociali agli immigrati, quanto meno limitatamente alla loro *Wesensgehaltsgarantie*, risultava essere l'approdo logicamente consequenziale per quegli Stati che avevano sancito, nelle loro Costituzioni, il principio di pari dignità sociale come elemento caratterizzante le loro politiche di *Welfare*.

Oggi, invece, – e l'esempio greco risulta eclatante – la tutela della salute delle persone che non rientrano nella "comunità originaria" dei cittadini diventa un costo che la collettività non può più sostenere, pressata com'è dall'esigenza di ridurre in tutti i modi possibili il debito pubblico che la attanaglia. Se il principio della pari dignità sociale, formalizzato in tutte le Costituzioni europee del secondo dopoguerra, imponeva agli Stati di garantire a tutti – cittadini e non – una serie di servizi, in una logica egualitaria e di redistribuzione della ricchezza generale, oggi siamo di fronte all'affermarsi della razionalità economica anche nell'ambito welfaristico. Ciò comporta, lo si è visto, non soltanto fenomeni di esclusione sociale, ma anche la colpevolizzazione della povertà e della marginalità: in questa logica, non è più lo Stato a dover garantire pari condizioni e diritti a tutti, ma devono essere i singoli a dimostrare di essere in possesso di determinati requisiti, di essere cioè "degni" di usufruire dei benefici di un *Welfare State*, ormai sempre più scarnificato.

Così l'erogazione dei servizi sanitari a favore degli stranieri può avvenire soltanto nel caso in cui questi ultimi dimostrino di avere un certo tipo di permesso di sog-

giorno o, addirittura, come nel caso dei lavoratori "neo-comunitari economicamente attivi", di pagarsi privatamente le cure mediche, altrimenti non solo corrono il rischio di essere espulsi, ma addirittura – pur versando in questa situazione di "irregolarità" –, si troverebbero a godere di una serie di servizi sanitari inferiori rispetto a quelli di cui godono i c.d. "clandestini". La prospettiva a cui si sta giungendo in Europa, quindi, non è più quella di una società orizzontale ed inclusiva, ma di una società in cui le tutele sociali sono predisposte a "cerchi concentrici", in cui cioè i diritti delle persone sono legate al loro *status* giuridico e non al semplice fatto di vivere nel territorio nazionale. E il cerchio sembra chiudersi, almeno in Italia, con la recente modifica – avvenuta nell'aprile 2012 – dell'articolo 81 della Costituzione che ha costituzionalizzato il principio del "pareggio di bilancio" e che potrebbe determinare la funzionalizzazione dei capitoli di spesa pubblica in materia di *Welfare* alle – a questo punto – prevalenti esigenze di risanamento dei conti pubblici, così come chiedono i mercati internazionali e le politiche neo-liberiste dell'Unione Europea.

In questo quadro istituzionale, che certo non fa ben sperare per il futuro, le parole di Walter Benjamin riportate all'inizio di questo scritto, allora, risultano più chiare: esse interrogano il nostro presente, un presente fatto di impoverimento e di smantellamento delle garanzie universalistiche del *Welfare*, in nome della religione del mercato. I primi ad essere condannati, per il solo fatto di esistere, sono i soggetti sociali più deboli e cioè gli stranieri: ma, storicamente, proprio nei confronti degli stranieri, gli Stati nazionali hanno sempre condotto "esperimenti sociali" che, se avessero prodotto buoni risultati, ben presto si sarebbero estesi anche ai cittadini. Ancora una volta, quindi, anche in questa fase sto-

rica, lo straniero svolge una funzione di "specchio", mostra cioè ai non-stranieri chi sono e che cosa rischiano di diventare. Nella condizione degli esclusi, infatti, i garantiti (ma per quanto tempo ancora ?) possono rispecchiarsi e, forse, assunta consapevolezza della loro condizione, possono decidere di invertire la rotta e indirizzare le loro scelte verso un modello diverso di società.

Note

- ¹ W. Benjamin, *Capitalismo come religione*, in ID., *Scritti politici*, a cura di M. Palma, Roma, 2011, pp. 83-89.
- ² W. Benjamin, *Capitalismo come religione*, cit., p. 84.
- ³ W. Benjamin, *Capitalismo come religione*, cit., p. 87.
- ⁴ Per ulteriori approfondimenti, si rinvia al pregevole dossier di M. Marceca e E. Mavromatidi, intitolato "Immigrazione in Grecia. Dagli

all'untore", apparso sulla rivista on-line "SaluteInternazionale.info" del 04.05.2012.

- ⁵ Il dossier del KELLPNO, con tutti i dati riportati nel testo, è reperibile sul sito www.keelpno.gr.
- ⁶ La citazione nel testo è sempre tratta dall'articolo di M. Marceca e E. Mavromatidi, "Immigrazione in Grecia. Dagli all'untore".
- ⁷ Nella mitologia greca, infatti, Zeus Xenios era il protettore degli stranieri che veniva invocato per ottenere accoglienza ed asilo all'interno della *pòlis*.
- ⁸ T. Caponio, *Stranieri regolari, irregolari, "neocomunitari" o persone ? Gli spazi d'azione regionale in materia di trattamento giuridico dello straniero in un'ambigua sentenza della Corte*, in www.forumcostituzionale.it, pp. 6-7, s. d.
- ⁹ Così la Corte costituzionale al punto 3.1. del "Considerato in diritto" della sentenza n. 269/2010.

Contatto: Antonello Ciervo
(anto.ciervo@hotmail.it)

Il lavoro come determinante per la salute dei migranti. Il caso specifico della comunità cinese di Firenze

Fabio Capacci

Dipartimento di Prevenzione, UF PISLL zona Firenze, ASL 10

È nozione comune che i migranti sono esposti a rischi lavorativi, sia in termini di sicurezza che di salute, maggiori rispetto alle popolazioni autoctone. I dati ufficiali ci permettono di analizzare quanto sia vera questa affermazione per quei lavoratori inseriti regolarmente nel sistema produttivo, orientati a sostituire i lavoratori autoctoni nelle attività più sporche e pesanti e nei settori più a rischio (lapideo, concia, metallurgia, alimentare), oltre che nell'assistenza alla persona e nelle pulizie. Ma è anche evidente la particolare drammaticità e precarietà di vita che caratterizzano il primo periodo di permanenza nel paese "ospite"; precarietà che viene in molti casi resa stabile da norme che, ostacolando la regolarizzazione, creano condizioni di assenza di diritto, frustrazione progettuale ed esistenziale, vulnerabilità rispetto al mercato nero del lavoro, sfruttamento economico e rischi per la salute. Questi lavoratori sono sfruttati, in particolare, in agricoltura ed edilizia, dove l'organizzazione del lavoro rende più difficili i controlli e favorisce il nero, grazie alla mobilità dei cantieri e dei luoghi di lavoro ed il tipo di rapporti di lavoro, frammentati e flessibili.

Un'altra condizione, che per le sue caratteristiche logistiche ed organizzative può favorire sfruttamento del lavoro, disparità e rischi lavorativi, è quella che si realizza in particolari produzioni manifatturiere gestite secondo criteri connaturati

con il modello migratorio cinese ed accettati da chi ambisce alla rapida accumulazione dei capitali necessari ad ottenere l'autonomia imprenditoriale che è uno dei principali obiettivi della loro emigrazione; per tale motivo, a torto o a ragione, il modello è stato definito *etnico*, termine che, vale la pena precisarlo, non indica una particolare concentrazione di migranti provenienti da specifici paesi in determinate nicchie occupazionali, come ad esempio i lavoratori filippini, che rappresentano il 5% degli occupati stranieri, ma arrivano a incidere per il 15% nei servizi alle famiglie; i Cinesi (3% nell'occupazione straniera complessiva) incidono per il 13,1% nel commercio, per il 6,9% negli alberghi e ristoranti, per il 5,6% nella trasformazione industriale; Albanesi e Romeni (11,6% e 19,4% di tutti gli occupati stranieri) pesano rispettivamente per il 24,5% e il 30,4% nell'edilizia (Berra, 2011). E non indica neppure la marcata tendenza imprenditoriale dei lavoratori migranti (Dossier Caritas, 2010), che si esprima in particolari contesti produttivi: ad esempio, gli albanesi sono spesso titolari d'impresе specializzate nel montaggio di ponteggi per edilizia, rumeni in edilizia, egiziani e cinesi nel settore della ristorazione.

Il modello produttivo di tipo *etnico* ha caratteristiche organizzative proprie che lo distinguono da altre analoghe produzioni del settore. Nei comparti pellettiero e tes-

sile la produzione gestita dai cinesi si basa sulla presenza in spazi e strutture comuni, di molte microaziende, spesso individuali o familiari, ciascuna con un proprio spazio fisico destinato al lavoro ed anche alla famiglia, forte radicazione nella comunità di appartenenza, autonomia dal territorio ospite, autosfruttamento. Il modello presenta aspetti di grande interesse ma si presta anche a deviazioni, sia per la difficoltà con cui può essere monitorato e controllato dall'esterno, sia per il profitto economico ottenuto anche a scapito del costo della manodopera, dei suoi diritti alla previdenza, alla sicurezza, igiene, tutela ambientale, alla leale concorrenza, alla equa contribuzione fiscale. È anche terreno fertile per organizzazioni criminali, che nel suo ambito riescono a gestire imponenti flussi di denaro (l'ultima operazione anticrimine della Guardia di Finanza, conclusa nel luglio scorso a Prato, ha portato alla luce un sistema che in tre anni ha esportato illecitamente valuta verso la Cina per complessivi 4,5 miliardi di euro).

Questo modello inserisce nel sistema produttivo locale regole, rapporti sociali e dinamiche d'azienda "originali", che modificano equilibri e regole di produzione e di mercato e si sviluppa in sostanziale autonomia rispetto al resto del territorio, inducendo un ridimensionamento dell'analogo settore produttivo autoctono; gli impresari locali o sono espulsi o, almeno in una prima fase, cambiano la loro posizione nella filiera produttiva, affittando i capannoni o subappaltando ai cinesi, come avviene anche per alcuni *griffe* che hanno sfruttato questo sistema a basso costo per incrementare ulteriormente i margini di guadagno, già rilevanti grazie al loro valore di mercato.

Il sistema gestisce i rapporti di lavoro interamente all'interno della comunità, con marcati fenomeni di autosfruttamen-

to: i soggetti di più recente migrazione, i più vulnerabili, lavorano, spesso a riscatto di debiti contratti, a paghe molto contenute e in gran parte al nero (la paga oraria media in Cina per un operaio è tra 0,4 – 0,7 dollari) e senza limiti di orario. L'aggregazione di una miriade di microimprese arriva nell'insieme a costituire potenti poli produttivi dotati della massima flessibilità e capacità di risposta alle richieste del mercato in tempo reale e con costi drasticamente contenuti.

Il contenimento dei costi è ottenuto anche sfruttando ambienti di lavoro comuni, con il ricorso alla collaborazione familiare, con l'acquisto di grandi stock di materie prime; il passaggio dalle dimensioni dell'impresa familiare a quelle della media impresa, grazie all'aggregazione, garantisce reciproca promozione. Questi aspetti sono di grande interesse per chi si occupa d'impresa e potrebbe essere utile studiarli e riproporli in chiave più consona al nostro contesto sociale e normativo, in modo da fare fronte a quegli elementi che facilitano condizioni di sfruttamento del lavoro, evasione fiscale e contributiva, mancata gestione di rischi, con effetti negativi sia in termini di salute che di leale concorrenza fra aziende. La produzione frammentata in una miriade di unità produttive nelle quali sono commiste attività produttive, commerciali e familiari, in grandi spazi privi di figure con responsabilità complessiva, rende inefficaci gli strumenti di controllo, garantisce protezione di fronte ad eventuali verifiche su lavoratori dipendenti e favorisce il lavoro nero. La promiscuità fra lavoro ed attività familiari (preparare i pranzi, lavare, accudire i figli, ecc.) esporta il rischio di esposizione professionale ai familiari, compresi bambini e neonati. La tendenza autoreferenziale della comunità, sempre più esasperata, è testimoniata anche dalla nascita di impre-

se cinesi per la fornitura di servizi e di logistica: imprese edili, elettricisti, fornitori di alimenti sui luoghi di lavoro, trasporti, ecc. L'integrazione con il paese ospite è ostacolata e le barriere linguistiche come quelle culturali rimangono elevate. La concentrazione in determinate zone urbane fa sì che anche nelle scuole vi sia una prevalenza di ragazzi stranieri tale da creare un ulteriore ostacolo all'integrazione anche per i giovani in età scolare. Il destino lavorativo e professionale di questi ragazzi sembra in gran parte già programmato e tutto interno alla comunità. I più rilevanti momenti di contatto con il paese ospite sono quelli commerciali, spesso in mano a *griffe* poco preoccupate del controllo della propria filiera produttiva.

Gli effetti sulla salute di questo tipo di economia e di organizzazione del lavoro, sviluppatasi in Toscana da quasi due decenni nelle province di Firenze, Prato e Pistoia nei settori del tessile e della pelletteria non sono facilmente rilevabili se non sulla base di ipotesi o della corrente aneddotica. Nel comune di Firenze il settore della pelletteria, il più rappresentato, è stato sottoposto a ripetuti e regolari interventi dei servizi di prevenzione e gli elementi di rischio individuati legati alla mancata gestione dell'igiene e sicurezza del lavoro nei capannoni, hanno riguardato l'igiene degli alimenti, preparati in condizioni molto precarie, l'uso di sostanze tossiche (solventi per mastici), il carico d'incendio fuori controllo, il coinvolgimento di familiari, compresi i bambini, nei rischi lavorativi. La vigilanza ordinaria su questo tipo di aziende è sempre stata difficile e spesso la risposta alle contestazioni si è concretizzata con la scomparsa e sostituzione della ditta, cosa che ha reso sostanzialmente inefficace il procedimento giudiziario. La diffida d'uso d'interi capannoni per motivi igienici o di sicurezza ha rappre-

sentato lo strumento di regolarizzazione più efficace. Alcuni clamorosi blitz dei diversi organi di controllo coordinati dalle Prefetture, hanno avuto più che altro un significato mediatico. Se da una parte in assenza di una continua pressione degli organi di controllo, si assiste ad un rapido deteriorarsi anche di situazioni "messe a norma", dall'altra l'assiduità della vigilanza spesso induce la migrazione delle aziende verso zone a minore pressione dei controlli, con conseguenti periodiche oscillazioni nel numero locale di aziende e di occupati. Dalla fine degli anni '90, il numero dei laboratori pellettieri nel territorio fiorentino è fortemente ridotto, a vantaggio dei magazzini di attività commerciali d'importazione ed esportazione, insediate negli stessi spazi.

Non è facile comprendere perché, a fronte della puntuale rilevazione dei rischi descritti, non emergano i danni che ci attenderemmo. Una condizione endemica per alcune patologie infettive, tipica dei paesi d'origine, è stata rilevata anche fra queste comunità di migranti. Dai dati dei ricoveri e dalle osservazioni ambulatoriali i casi e la diffusione della TBC sono stati elevati fino al 2000. Da tale data, diversamente rispetto ad altre comunità, si assiste ad un progressivo miglioramento (bollettino malattie infettive ASL 10 Firenze). Osservazioni da esperienze ambulatoriali dedicate alla comunità cinese di Firenze, hanno fatto emergere elevata diffusione dell'epatite ed elevata prevalenza di ulcera gastrica. Non si può escludere che la circolazione di queste patologie sia facilitata anche dalle condizioni di promiscuità e scarsa igiene presenti spesso nei capannoni.

Per quanto le patologie da lavoro, campagne di monitoraggio biologico per il *n-esano*, solvente per mastici, condotte su lavoratori cinesi hanno fatto registrare alcuni eventi sentinella fino agli inizi degli

anni 2000, ma le segnalazioni di neuropatie da solventi sono state in numero molto limitato (Arfaoli, 2003). Elemento decisivo nel contenimento di queste patologie è stato senz'altro la limitazione nell'uso di mastici contenenti n-esano, indotta da un'assidua vigilanza ed informazione su questo aspetto.

Ritmi di lavoro e posture giustificano l'attesa di patologie di tipo cronico degenerativo, che però difficilmente potranno emergere come patologie da lavoro, per la loro scarsa specificità, per l'assenza di controllo specifico e perché è ipotizzabile un effetto di espulsione del lavoratore non più idoneo a lavorare nelle condizioni descritte e per questo indotto a rientrare nel paese di origine.

Sul versante degli infortuni sul lavoro, colpiscono i casi di due gravissimi infortuni che hanno coinvolto familiari minori presenti sul luogo di lavoro mentre del tutto assenti sono gli infortuni "minori"; sebbene il settore della pelletteria così come quello delle confezioni tessili abbiano un rischio infortunistico contenuto, è ipotizzabile una forte sottonotifica di questi eventi. La sostanziale chiusura della comunità rispetto alle istituzioni locali non facilita la denuncia di infortuni e malattie da lavoro all'Istituto Assicuratore. Diversamente da altri migranti che chiedono ed ottengono l'accesso a prestazioni previdenziali per malattia od infortunio, l'inidoneità al lavoro sembra sia stata fino ad oggi gestita dalla comunità cinese in modo autonomo, facilitando il rientro in Cina del lavoratore non più abile; anche questo aspetto è verosimilmente correlabile con le particolari condizioni e prospettive dell'immigrazione cinese, meno legata rispetto ad altre, ad una effettiva condizione d'indigenza e più alla ricerca di prospettive imprenditoriali e di sviluppo capitalistico.

Sono stati ripetuti gli incendi in capannoni, fortunatamente senza conseguenze alle persone. La promiscuità fra molte piccole aziende crea un pericoloso accumulo di materiale e, soprattutto in passato, di bombole di gas usate per la preparazione in autonomia dei pasti. Il rischio d'incendio è aggravato dalla presenza di fiamme libere per la cottura, di impianti elettrici manomessi e senza manutenzione e dalla cronica disattenzione nell'applicazione di norme antincendio e verifica di efficienza dei dispositivi di spegnimento presenti.

Le Zone Franche d'Esportazione (ZFE)

Le descritte condizioni di lavoro all'interno dei capannoni cinesi mostrano analogie, in termini di rapporti fra lavoro e salute, con il fenomeno della migrazione, apparentemente di segno opposto, delle imprese verso paesi dove condizioni socio politiche ed economiche particolarmente critiche, determinano condizioni di estrema vulnerabilità, assenza di reddito sicuro e di un accettabile livello di diritti sociali per estese fasce di popolazione. Queste condizioni "ideali" per lo sfruttamento della manodopera, con l'aperto consenso del mondo economico e finanziario "globale", sono state istituzionalizzate in apposite aree produttive messe a disposizione dei paesi "avanzati", chiamate "zone franche di esportazione" (ZFE). L'obiettivo dichiarato delle ZFE è quello di rilanciare l'economia, aumentare il PIL e creare posti di lavoro nei paesi in cerca di sviluppo, che nelle ZFE attraggono imprenditori ed imprese offrendo condizioni "speciali" tra cui una sostanziale indipendenza rispetto alle leggi territoriali nazionali e l'esenzione dalle tasse per un periodo di tempo anche molto lungo (nello Sri-Lanka, ad esempio, è fissato fino a 10 anni dall'insediamento). La concorrenza fra i diversi paesi in cerca di sviluppo, mirata ad attirare i capitali stra-

nieri, fa venire meno i diritti fondamentali ed aumenta il degrado delle condizioni di lavoro.

Colpisce il fatto che imprese provenienti dal mondo economico avanzato abbiano la necessità d'incentivi economici che abbattano il già basso livello di tutela dei lavoratori per investire in paesi dove già il costo orario della mano d'opera è, mediamente, di qualche centesimo di dollaro (CSI, 2011). Questa politica rappresenta l'accettazione di una moderna condizione di sfruttamento della schiavitù giustificata da obiettivi di sviluppo che richiamano alla memoria quanto annotato da Tolstoj nel suo saggio "La schiavitù del nostro tempo", del 1900: "... quando le persone agiscono male, si costruiscono sempre una concezione della vita in base alla quale le loro azioni sono tutt'altro che cattive ...".

La prima idea delle ZFE risale al 1964, quando il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite adottò una soluzione che avallò le zone franche come incentivo allo sviluppo del commercio per i paesi in via di sviluppo. Ma il progetto si è affermato operativamente solo dagli anni Ottanta ed oggi ILO stima che siano 27 milioni i lavoratori nelle ZFE; ciò potrebbe apparire come un notevole successo, se non fosse che i posti di lavoro all'interno delle ZFE sono spesso creati a scapito di quelli che esistevano già al di fuori.

Secondo un documento dell'ILO (Milberg, 2008), il lavoro all'interno di queste zone si caratterizza per rapido *turn over* del personale, assenteismo, stress, fatica, scarsa produttività ed agitazione sociale. Alla ricerca della competitività, molte delle aziende cercano di ridurre i costi e migliorare la produzione accelerando i ritmi di lavoro ed aumentando la pressione sul personale. I salari, talvolta maggiori rispetto al resto del paese, sono però ottenuti attraverso l'aumento di ritmi ed orari di

lavoro ed il ricorso al cottimo ed ai premi di produzione.

Uno studio condotto su una multinazionale tessile operante in una ZFE della Namibia (Jauch, 2009), ha descritto la presenza di criticità che, più in generale, possono essere considerate comuni a molte di queste particolari zone. Tra queste:

- I salari sono molto bassi, tanto che, per fare fronte ai bisogni primari (affitto, acqua, cibo, trasporto), sono necessarie molte ore di straordinario, mal pagato.
- Pesanti conseguenze sulla salute dei bassi salari e lunghi orari di lavoro.
- Mancanza di dispositivi di protezione, insorgenza di malattie professionali, frequenti infortuni sul lavoro: il danno porta al licenziamento e a doversi curare a proprie spese.
- Malattie non coperte e trattate come assenze non retribuite.
- Umiliazioni verbali, perquisizioni corporali all'ingresso ed all'uscita dalle officine, licenziamenti senza regole e per futili motivi.

Le ZFE hanno raramente portato vantaggi economici risolutivi mentre rischiano d'intralciano il cammino verso l'integrazione economica regionale, accentuano la dipendenza dei paesi in via di sviluppo nei confronti dei capitali stranieri e possono avere un effetto negativo sulle industrie nazionali. Decisamente più netti sono stati i vantaggi per le imprese che hanno usufruito di concessioni e basso costo della manodopera, condizioni che attirano un'impresoria avida di profitti a breve termine, per nulla interessata allo sviluppo socio economico locale. (Journal international de recherche syndicale, 2009).

Una recente inchiesta sulle zone franche del Madagascar (CSI-BIT, 2011) descrive alcuni aspetti relativi alla salute, sicurezza sul lavoro e protezione sociale che

richiamano fortemente quanto rilevato nelle imprese gestite in Italia da cittadini cinesi. Gli stabilimenti, per la maggior parte adibiti ad industrie del ramo tessile e dell'abbigliamento, sebbene di recente costruzione, non hanno i requisiti necessari perché il lavoro risponda alle norme in materia di sicurezza e salute occupazionale. L'uso di dispositivi di protezione individuali è raro, inadeguata l'aerazione degli edifici, i servizi igienici ed i presidi per la prevenzione contro gli incendi. Ne consegue un ambiente di lavoro non salubre (odori nauseabondi, temperature elevate, ecc.), rischio d'incendio (estintori non verificati periodicamente, lavoratori non formati al loro utilizzo, insufficienti procedure di soccorso), carenze impiantistiche (servizi igienici, acqua), grave inadeguatezza igienica degli spazi destinati alla preparazione ed al consumo dei pasti.

Secondo l'inchiesta del CSI, i lavoratori sono afflitti da malattie correlabili alle descritte condizioni di lavoro: febbri, fatica visiva, mal di testa, patologie da movimenti ripetuti dell'arto superiore, malattie respiratorie, vascolari; ma è soprattutto la fatica fisica a produrre gli effetti più drammatici, fino a svenimenti sul lavoro.

Carenti i servizi sanitari: i medici non sono considerati indipendenti dai lavoratori, mancano strutture, farmaci, interventi di prevenzione. Gli infortuni sul lavoro sembrano più frequenti nelle imprese franche rispetto alle altre aziende; nonostante la netta sottonotifica, il 40% di quelli notificati alla Previdenza Sociale avverrebbe nei territori franchi.

I beni prodotti nelle zone franche è quasi totalmente destinato al mercato Europeo ed agli USA, così come buona parte dei profitti, che però vedono una quota già cospicua e fortemente crescente, spostarsi verso imprese asiatiche, in particolare cinesi.

Conclusioni

La debolezza sociale è sfruttata ovunque, sul lavoro, per ricavare vantaggi economici, ed è possibile importarla, come nel caso dei migranti, o sfruttarla nei paesi d'origine, dove può essere venduta, come un qualsiasi altro bene o servizio. Il caso delle aziende cinesi in Italia, è particolare, in quanto il sistema produttivo può creare condizioni di lavoro e di sfruttamento molto vicine a quelle che, nei paesi in via di sviluppo, sono considerate attrattive d'impresе e caratterizzano le zone franche d'esportazione.

Il quadro normativo per la tutela della salute dei lavoratori vigente in Italia è adeguato a garantire diritti a tutti i lavoratori, senza distinzione alcuna. La maggiore criticità per la sua applicazione è sicuramente legata agli ostacoli, compresi i vincoli legislativi, che contribuiscono a procrastinare la precarietà esistenziale connessa con la condizione di "irregolare" ed i vuoti legislativi che permettono lo sviluppo di sacche di produzione difficilmente permeabili ad ogni forma di controllo.

Bibliografia di riferimento

- Arfaioli C., Bartoli D., Capacci F., Carnevale F., Tomassini A., Ventura F., *Polineuropatie da colanti nella comunità cinese dell'area fiorentina*. *Epidemiologia & Prevenzione*, 27(3), 2003, 178-179.
- Argudelo-Suarez Andres et al., *Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain*. *Social, Science & Medicine*, 68, 1866-1874; 2009.
- Berra A. *I lavoratori migranti. I problemi dell'integrazione*, *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:3, 370-374 (<http://gimle.fsm.it>).
- Capacci F, Carnevale F, Gazzano N., *The Health of Foreign Workers in Italy*. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. Vol. 11, n. 1, January/March 2005.

- Confederation Syndicales Internationales (CSI), *Madagascar: zones franches, droys des travailleurs et strategies syndicales*. BIT, settembre 2011.
- Dossier Caritas/Migrantes sull'Immigrazione (versione 2009 - XIX edizione).
- Fedeli U., Baussano I., *La salute degli immigrati in italia: evidenze crescenti e temi trascurati nella ricerca epidemiologica*. *Epidemiol Prev* 2010; 34(3): 48-52.
- Fedeli U., Marinacci C., *Diseguaglianze di salute: descrizioni e meccanismi legati alla deprivazione relativa e assoluta*. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6).
- Iavicoli S. et al., *La gestione dei lavoratori stranieri in Italia*. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:3, 355-362 (<http://gimle.fsm.it>).
- INAIL. Rapporto annuale 2010. INAIL, Roma, luglio 2011.
- Jauch H., *Attirer à tout prix les investissements étrangers? Le cas des zones franches d'exportation (ZFE) et de Ramatex en Namibie*. In *Les stratégies syndicales face aux systèmes mondiaux de production*. *Journal international de recherche syndicale*. 2009; Vol. 1, N.1:86.
- Masci F., Mandic-Rajcevic S. et al., *Italiani e migranti a confronto: la distribuzione dei fattori di rischio infortunistico in agricoltura nelle province di Milano e Lodi*. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:3, suppl 2, 103 (<http://gimle.fsm.it>).
- Milberg W, Amengual M., *Développement économique et conditions de travail dans les zones franches d'exportation: un examen des tendances*. Documents de travail, Organisation internationale du Travail, Genève 2008.
- OCSE Studio. *Stranieri e lavoro*, 2009.
- Persechino B., Valenti A. et al., *Immigrazione, salute e lavoro*. Fogli di Informazione, ISPESL, Dipartimento di Medicina del Lavoro. Roma, aprile/giugno 2/2007, pp. 65-74, 2007.
- Salvatore M.A., Baglio G., Cacciani L., Spagnolo A., Rosano A., *La discriminazione nell'ambiente di lavoro tra gli immigrati in Italia*. *Med Lav* 2012; 103,4:249-258.
- Voller F., Da Fre M., *La salute dei migranti in Toscana*. Pubblicato da Redazione SI - 11 luglio 2011.

Contatto: Fabio Capacci
(fabio.capacci@asf.toscana.it)

La salute dei detenuti stranieri: dimensioni di complessità in una situazione di emergenza

Giulia Civitelli¹⁻², Giulio Starnini³, Maurizio Marceca¹⁻²

¹ Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

² Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

³ Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPE)

Dimensioni del fenomeno

Con l'eccezione di una transitoria flessione registrata a metà degli anni duemila, la popolazione detenuta ha mostrato, negli ultimi venti anni, un andamento di costante crescita, in cui la componente straniera è divenuta sempre più consistente.

I detenuti di cittadinanza non italiana rappresentano attualmente quasi il 36% della popolazione presente nelle carceri italiane (23.865 su 66.528 persone complessivamente ristrette) [dati ufficiali del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - D.A.P. del Ministero della Giustizia aggiornati al 30 giugno 2012]. Di questi, il 95,3% sono uomini (22.741) e il 4,7% donne (1.124).

Le persone straniere detenute appartengono a quasi 150 comunità di origine; le comunità rappresentate con più di 300 detenuti sono 11 e, nel complesso, rappresentano più di tre quarti della popolazione straniera detenuta (75,7%); tutte le altre decine di comunità con meno di 300 detenuti – di cui 100 paesi con meno di 50 detenuti ciascuno – rappresentano nel complesso il restante 24,3%. Solo i primi cinque paesi rappresentati superano singolarmente i 1.000 detenuti; si tratta, in ordine decrescente, di: Marocco (4.765); Romania (3.664); Tunisia (3.009); Albania (2.834) e Nigeria (1.098) (vedi Tabella 1). Nell'insieme

queste sole cinque comunità rappresentano quasi i due terzi (64,4%) dell'intera popolazione immigrata detenuta.

Tabella 1 – Le principali comunità di detenuti stranieri presenti al 30 giugno 2012 (valori assoluti e percentuali)

Paese straniero di origine	Totale stranieri detenuti	% sul totale stranieri
Marocco	4.765	20,0
Romania	3.664	15,4
Tunisia	3.009	12,6
Albania	2.834	11,9
Nigeria	1.098	4,6
Algeria	682	2,9
Egitto	532	2,2
ex Jugoslavia	450	1,9
Senegal	399	1,7
Cina	335	1,4
Bulgaria	305	1,3
Totale parziale comunità (> 300 unità)	18.073	75,7
altre (< 300 unità)	5.792	24,3
Totale stranieri	23.865	100,0

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Tabella 2 – Popolazione detenuta straniera per regione di detenzione e area geografica di provenienza. Situazione al 27/07/2012**Area geografica di provenienza**

	Europa	Africa	Asia	America	Altro	TOTALE
Regioni di detenzione						
Abruzzo	161	141	11	8	-	321
Basilicata	31	26	4	-	-	61
Calabria	298	197	35	20	2	552
Campania	418	523	38	29	-	1.008
Emilia Romagna	527	1.017	86	55	-	1.685
Friuli Venezia Giulia	245	214	24	24	-	507
Lazio	1.440	889	205	207	4	2.745
Liguria	319	574	28	118	-	1.039
Lombardia	1.568	1.843	263	515	6	4.195
Marche	243	215	32	19	-	509
Molise	23	30	3	7	-	63
Piemonte	814	1.448	72	106	5	2.445
Puglia	547	207	57	15	2	828
Sardegna	206	672	39	57	-	974
Sicilia	529	797	65	36	3	1.430
Toscana	835	1.095	157	103	1	2.191
Trentino Alto Adige	86	201	11	6	-	304
Umbria	277	370	33	29	1	710
Valle d'Aosta	41	117	6	9	-	173
Veneto	704	975	97	75	1	1.852
TOTALE	9.312	11.551	1.266	1.438	25	23.592

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

La Lombardia è la regione che ospita il maggior numero di stranieri (oltre 4.000), seguita dal Lazio, Piemonte, Toscana e, sotto le 2.000 unità, da Veneto, Emilia Romagna, Sicilia, Liguria e Campania; tutte le altre ospitano, attualmente, meno di 1.000 detenuti ciascuna. Le aree geografiche continentali di provenienza sono, in ordine decrescente: Africa, Europa, America ed Asia (vedi Tabella 2).

Rilevante, per i risvolti di carattere culturale strettamente connessi, è la diffusione tra i detenuti non italiani della religione

islamica (oltre 5.000, pari a quasi il 22%), anche se permane una maggioranza cattolica (oltre 9.000, pari a quasi il 40%). In più di un quarto dei detenuti (26,8%) non è stato possibile rilevare la religione professata (vedi Tabella 3).

La salute delle persone straniere in carcere

L'entità del problema delle patologie nella popolazione straniera detenuta in carcere è, empiricamente, percepita come rilevante.

Tabella 3 – Popolazione detenuta straniera per religione. Situazione al 27/07/2012 (valori assoluti e percentuali)

Religione	Valori assoluti	Valori %
Cattolica	9.302	39,4 %
Ortodossa	1.580	6,7 %
Altri Cristiani Evangelici	125	< 1 %
Anglicana	6	< 1 %
Islamica	5.136	21,8 %
Ebraica	20	< 1 %
Testimoni di Geova	12	< 1 %
Hindu	44	< 1 %
Buddhista	49	< 1 %
Nessuna	354	1,5 %
Altro	647	2,7 %
Non rilevata	6.317	26,8 %
Totale detenuti	23.592	100,0 %

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

In realtà, nonostante gli stranieri (incluso i neocomunitari) costituiscano, come detto, oltre un terzo della popolazione detenuta, l'Amministrazione Penitenziaria in precedenza e il Ministero della Salute successivamente al passaggio delle competenze in materia di assistenza sanitaria in carcere (D.P.C.M. 01 aprile 2008) non hanno finora condotto rilevazioni epidemiologiche specifiche.

Inoltre si deve purtroppo sottolineare che lo specifico tavolo interistituzionale creato per rendere possibile la realizzazione di un Sistema Informativo per la Medicina Penitenziaria ha concluso i suoi lavori senza, di fatto, essere riuscito nel suo obiettivo.

Probabilmente, la sfortunata concomitanza temporale tra il citato transito delle funzioni e l'inizio della crisi economico-finanziaria potrebbe aver cancellato i fondi da dedicare alla ricerca epidemiologica, aspetto che rimane però fondamentale

per una corretta programmazione sanitaria e per una adeguata allocazione delle risorse disponibili.

Tanto premesso, i dati di carattere generale sullo stato di salute della popolazione detenuta nel suo complesso prodotti dal D.A.P. nel 2005, rimangono attualmente gli unici disponibili (vedi Tabella 4).

Come si può vedere, all'interno di una articolazione molto variegata e frammentata, lo stato di tossicodipendenza è emerso in questa indagine come l'aggregato prevalente (21,5%).

Sempre dai dati del D.A.P. emerge infatti che i detenuti con diagnosi di dipendenza patologica al 31 dicembre 2011 erano 16.364, di cui 4.888 non italiani (29,9% del totale). Di questi, 4.801 (il 98,2%) erano di sesso maschile. La percentuale di detenuti stranieri tossicodipendenti sul totale dei detenuti stranieri oscillava, al 31 dicembre 2011, dal 3% della Val d'Aosta e 7% della Puglia al quasi 30% della Sardegna e poco meno del 32% dell'Umbria.

Nel 2010 si era osservato un decremento degli ingressi rispetto al 2009, confermato nel II semestre 2011; gli stranieri entrati in carcere dalla libertà sono stati 15.899, il 43% del totale degli ingressi; di questi, 4.112 per reati connessi in violazione del D.P.R. 309/90 (25,8%).

Va ovviamente ricordato che non vi è una automatica sovrapposizione tra spaccio di sostanze stupefacenti e loro consumo.

Molti studiosi e persone impegnate nel campo fanno notare come queste norme (il Testo Unico sulle tossicodipendenze comprensivo delle sue successive modificazioni - L. 49/2006) e la loro dicotomica interpretazione, abbiano rappresentato, per tutta la popolazione detenuta e anche - per quanto di nostro diretto interesse - per la sua componente straniera, una causa di detenzione, per così dire, 'abnor-

Tabella 4 – Indice di Stato di Salute, stati patologici.
Raccolta dati: aprile 2004-dicembre 2005, su 117.217 schede

Aggregati per apparati e funzioni – Ordinate per frequenza	N° affetti	Tasso
1) Stato di tossicodipendenza	25.250	21,54%
2) Deficit della masticazione	17.982	15,34%
3) Malattie osteo-articolari – patologie di origine post-traumatica	15.900	13,56%
4) Malattie epato-biliari	12.793	10,91%
5) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	11.572	9,87%
6) Malattie gastrointestinali	10.670	9,10%
7) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	7.787	6,64%
8) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione	7.127	6,08%
9) Malattie respiratorie	6.494	5,54%
10) Ipertensione arteriosa	5.204	4,44%
11) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza otorinolaringoiatrica e/o oculistica)	4.693	4,00%
12) Piaghe da decubito o malattie dermatologiche	4.464	3,81%
13) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	3.566	3,04%
14) Malattie del sistema nervoso centrale – Malattie neurologiche	3.182	2,71%
15) Malnutrizione	2.722	2,32%
16) Diabete mellito	2.586	2,21%
17) Malattia da HIV (Secondo classificazione CDC di Atlanta)	2.435	2,08%
18) Anemia o altre malattie a carico del sistema emopoietico	2.264	1,93%
19) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia	1.881	1,60%
20) Vasculopatie periferiche	1.804	1,54%
21) Malattie endocrine	1.440	1,23%
22) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, etc	1.266	1,08%
23) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia	984	0,84%
24) Deterioramento mentale	898	0,77%
25) Neoplasie maligne	483	0,41%
26) Accidenti vascolari cerebrali	467	0,40%
27) Malattie ginecologiche	422	0,36%
28) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare	246	0,21%
29) Malattie neonatali	35	0,03%

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

me' e in quanto tale 'ingiustificata' (soprattutto per le cosiddette 'droghe leggere'), che ha contribuito non poco ad alimentare il fenomeno, ormai intollerabile, del

sovraffollamento carcerario.

Per quanto riguarda i reati connessi con la violazione del DPR 309/90, dati elaborati dal DAP dimostrano che dal 2008 al

2010 si è verificato un decremento del totale degli ingressi negli istituti penitenziari del 3,9%. Distinguendo tra italiani e stranieri, dal 2001 al 2010 si è osservato per quanto riguarda gli stranieri un decremento degli ingressi del 12,3% (passando dal 40% al 27,7%), mentre per quanto riguarda gli italiani un lieve incremento dell'1,4% (dal 32% al 33,4%).

La maggior parte degli studi svolti sulla popolazione detenuta sono stati condotti in ambito infettivologico, in quanto la natura confinata di questa comunità rappresenta di per sé un aumentato rischio per la circolazione e la trasmissione dei microrganismi patogeni, e questo comporta inevitabilmente una legittima preoccupazione delle istituzioni e dei professionisti interessati.

Nel 2006 la prevalenza per HIV nella popolazione 'non italiana' (che al dicembre 2006 consisteva in 13.931 detenuti), è risultata pari al 2,9% di quanti sono stati sottoposti al test. Nella popolazione italia-

Tabella 5 – Prevalenza dell'infezione da HIV nei reclusi non tossicodipendenti. Situazione al 31/12/2006 (valori percentuali).

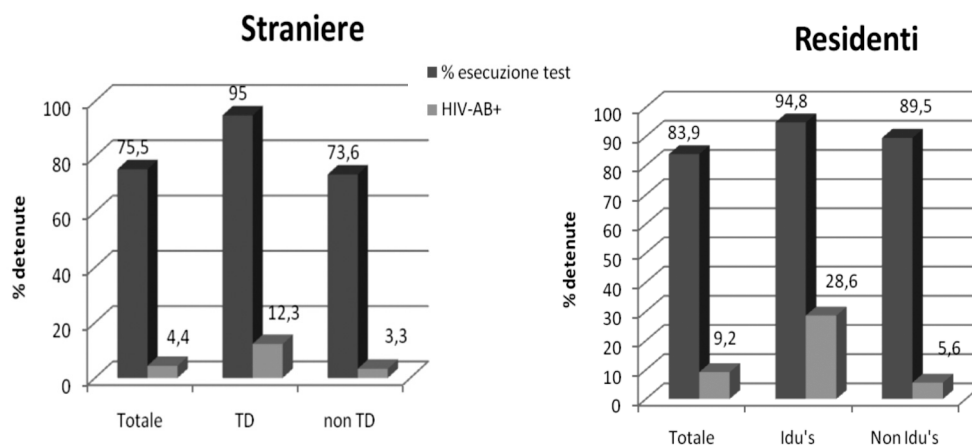
Nazionalità	Totale HIV+	Maschi HIV+	Femmine HIV+
Non Italiani	2,9%	2,8%	3,3%
Italiani	2,2%	2,5%	-
Totale	2,4%	2,6%	1,0%

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

na la stessa condizione di sieropositività è stata evidenziata nel 2,2% degli esaminati. Nel complesso è stato possibile testare il 62,0% dei detenuti (vedi Tabella 5).

Tra la popolazione detenuta femminile di origine straniera di un altro studio europeo pubblicato nel 2006 - che includeva un istituto di detenzione italiano, uno tedesco e uno spagnolo - la percentuale di HIV+ sale complessivamente al 4,4% (vedi Figura 1).

Figura 1 – Stato di sieropositività per HIV tra detenute straniere tossicodipendenti e non ospitate in 3 istituti (in Italia, Germania e Spagna) e confronto con le detenute residenti. Totale detenute: 1.347 (di cui l'83,9% sottoposte a test HIV). Anno 2006



Fonte: S.I.M.S.P.E. 2008 (Starnini G, Carbonara S, Grosso G et al., 2006)

Considerando solo le donne che riferivano tossicodipendenza, la prevalenza sale al 12,3%.

Non emergono, nella letteratura internazionale disponibile, fattori di rischio e comportamenti particolarmente differenti rispetto a quella italiana. Va quindi ancora una volta sottolineato come l'elevata prevalenza della infezione da HIV dipenda dalle caratteristiche e rifletta la prevalenza dell'infezione negli stessi gruppi di popolazione al di fuori del carcere. A questo proposito, i correlati di infezione più comuni consistono nelle pratiche iniettive e sessuali e c'è accordo fra gli esperti nel considerare l'elevata prevalenza di infezione da HIV nei diversi istituti penitenziari come espressione della diffusione di HIV nella comunità esterna e non come 'derivato' della detenzione. Va ricordato tuttavia che sono stati anche descritti casi di trasmissione o focolai epidemici di infezioni da HIV e di HBV in ambiente carcerario. La tossicodipendenza è un fattore di rischio indipendente sia per gli uomini sia per le donne, mentre la trasmissione per via sessuale è il fattore prevalente nella popolazione detenuta femminile.

Per quanto concerne i virus epatitici a trasmissione parenterale o sessuale, la prevalenza attesa in ambito penitenziario è sicuramente elevata, sempre come conseguenza dei fattori comportamentali caratterizzanti ampie fasce di detenuti.

Non sono attualmente disponibili dati ufficiali nazionali sulla prevalenza di infezione da HBV o HCV nei penitenziari italiani, ma i dati di letteratura riferiti ad altri paesi occidentali indicano un'elevata diffusione di HCV soprattutto fra i tossicodipendenti, con prevalenze di positività per marcatori di HBV superiori a quelle riscontrate nell'ambiente esterno.

I risultati ottenuti nell'ambito di uno studio sierologico condotti nel

2005 in 14 Istituti penitenziari italiani, hanno indicato che nei 973 detenuti esaminati il tasso di esecuzione dei test per HBV e HCV è stato rispettivamente del 56,2% e del 56,9%; la sieroprevalenza è stata del 52,6% per antigeni correlati ad HBV e del 38,0% per anti-HCV. Una tossicodipendenza per via venosa era presente nell'anamnesi del 42,3% dei detenuti HBsAg+ e del 73,9% di quelli anti-HCV+. Gli stranieri sono risultati positivi per HBsAg nel 5,8% dei casi, per HBcAb nel 18,9% e per anti-HCV nel 17,5% (vedi Tabella 6).

Tabella 6 – Caratteristiche dei 973 reclusi e sieropositività per HIV, HCV e HBV

Variabile	HIV+ (%)	HCV+ (%)	HBV+ (%)
Totale	73 (7,5)	370 (38,0)	512 (52,6)
Età			
> 35 anni	44 (8,3)	187 (35,2)	301 (56,7)
< 35 anni	29 (6,6)	183 (41,6)	209 (47,5)
Sesso			
Femminile	7 (5,6)	26 (20,6)	58 (46,0)
Maschile	66 (7,8)	344 (40,6)	454 (53,6)
Nazionalità			
Italiana	65 (8,3)	337 (43,0)	433 (55,2)
Non italiana	8 (4,2)	33 (17,5)	79 (41,8)

Fonte: S.I.M.S.P.E. 2005

La circolazione del virus dell'epatite A, invece, non è stata fino ad oggi verificata all'interno delle comunità penitenziarie italiane, neanche come segnalazione di singoli focolai epidemici; la conoscenza dei tassi di prevalenza intramurari di HAV potrebbe fornire informazioni utili sul grado di igienizzazione delle strutture penitenziarie. Sia per l'epatite A che per l'epatite B, patologie per le quali sono disponibili vaccini sicuri ed efficaci, sem-

brano esservi comunque basi razionali sufficienti alla promozione di campagne vaccinali all'interno delle strutture penitenziarie, sia per i detenuti stranieri che per quelli italiani.

Per quanto attiene infine la patologia tubercolare, una rilevazione condotta dall'Ufficio Sanità del D.A.P. negli anni 1998-1999 ha consentito di praticare l'intradermoreazione secondo Mantoux con PPD 1 U.I. nel 20,4% dei 184.702 nuovi giunti nel Sistema Penitenziario Italiano nel periodo. La cutiprevalenza rilevata è stata del 24,1%, rispetto ad un dato nazionale generale contenuto entro il 3-4%. Non sono disponibili dati disaggregati per i detenuti stranieri.

Dopo questo breve approfondimento relativo alle patologie infettive, tornando ai dati riportati in Tabella 4, pur se datati, sembra di poter affermare, da una parte, che le difficoltà di salute vanno a volte ricondotte al periodo di vita pre-detentiva (vedi ad es. il deficit della masticazione, secondo aggregato per frequenza con oltre il 15%); dall'altra, che le specifiche condizioni di detenzione agiscono da amplificatrici (se non produttrici) di patologia (vedi ad es. le malattie gastrointestinali, le malattie respiratorie, l'ipertensione arteriosa...).

In generale, in particolare per le persone sottoposte a lunghi periodi di detenzione, comportamenti e stili di vita non salutari contribuiscono a generare, accelerare ed aggravare patologie cronico-degenerative. Ciò consiglierebbe di sostenere programmi mirati alla qualità dell'alimentazione, al contrasto del sovrappeso e dell'obesità, del tabagismo e della sedentarietà. Ma come pensare di ottenere questi risultati, che presuppongono una forte consapevolezza e motivazione positiva, in un contesto fortemente demotivante qual è quello carcerario? Ciò può diventare

ulteriormente difficile quando agiscono anche differenze di natura linguistica e culturale.

Un'area di indubbia rilevanza, per la quale si dispone però di scarse informazioni, è quella relativa al disagio psichico in carcere; non a caso, nella succitata rilevazione del 2004-2005, la Depressione è risultata il 5° aggregato in ordine di frequenza (a carico di circa il 10% dei detenuti esaminati), e tutte le altre malattie mentali esclusa la depressione l'8° aggregato (a carico di circa il 6%).

Ciò non può sorprendere, se si considera che l'Osservatorio per gli eventi critici del D.A.P. ha registrato nel 2011 un totale di 63 suicidi tra i detenuti, di cui 16 (25,4%) agiti da detenuti stranieri. Gli atti di autolesionismo registrati nello stesso anno sono stati 5.637, di cui ben 3.194 (quasi il 57% !) tra detenuti non italiani. Se la realizzazione dell'atto suicidario vede quindi attualmente una sottorappresentazione di oltre il 10% della componente detenuta straniera, gli atti di autolesionismo, interpretabili - almeno in buona parte - come un segnale di disperazione e una richiesta di attenzione ed aiuto, registrano, da parte dei detenuti non italiani, un contributo maggioritario di molto superiore (oltre il 20%) a quello della loro rappresentanza percentuale sulla popolazione detenuta complessiva (circa il 36%).

Oltre alle problematiche di salute comuni a tutti i detenuti, è possibile segnalare alcune che possono riguardare in modo specifico, o con maggiore intensità, la popolazione ristretta straniera:

- *difficoltà comunicative e relazionali*: le difficoltà comunicative di natura linguistica riguardano soprattutto immigrati entrati in carcere a breve distanza temporale dal loro ingresso in Italia; per le difficoltà comunicative e relazionali intese in senso più ampio il legame con il tempo di per-

manenza in Italia può essere più flebile, in quanto, almeno in parte, riconducibili alla percezione di 'estraneità' vissuta dal detenuto straniero (ma anche dalla maggiore o minore capacità del personale operante nel carcere di creare un clima di fiducia). Quali che siano le dinamiche che le producono, laddove presenti queste difficoltà possono causare una tendenza all'isolamento fisico e psicologico del detenuto;

- *diversità culturali*: si tratta, in questo caso, del portato complesso di dimensioni quali la fede religiosa (con tutte le sue eventuali prescrizioni ed obblighi), i 'valori' culturali portanti di riferimento (che influenzano, ad esempio, il rapporto di genere o i comportamenti competitivi) o, sfumando in termini di cogenza, le cosiddette 'abitudini' (che possono, però, sostenere anche comportamenti non propriamente salutari come quelli legati all'alimentazione). Rispetto a tutte queste dinamiche, inoltre, è possibile assistere a comportamenti di adesione variabili, oltre che tra comunità apparentemente 'vicine' (ad es. per religione professata), anche all'interno della stessa comunità di origine geografica. Anche queste dinamiche possono causare una tendenza all'isolamento fisico e psicologico del detenuto o forme di aggregazione tra detenuti (non sempre 'facilitanti'), sostenute proprio da ciò che, nella loro percezione, li accomuna in modo significativo;

- *lontananza dagli affetti*: posto che si tratta di una condizione altamente critica per tutta la popolazione ristretta (che, più che in una vera e propria lontananza 'spaziale', si sostanzia in una 'rarefazione' temporale delle relazioni affettive, e in una loro forte limitazione, in particolare per l'ambito della sessualità), è indubbio che, nel caso dei detenuti stranieri venuti in Italia da soli (lasciando, cioè, la famiglia e gli affetti nel paese di origine), questa fragilità

diventa particolarmente intensa e gravosa; lo stesso minor radicamento territoriale e lontananza delle famiglie rappresentano motivi per cui, per la popolazione detenuta straniera, vi è un minor ricorso a misure alternative come gli arresti domiciliari (laddove praticabili) ed un maggior ricorso a trasferimenti, anche frequenti, tra istituti diversi sul territorio nazionale;

- *difficoltà di rapporto fiduciale con gli operatori sanitari*: oltre alle già citate dinamiche relazionali con tutte le diverse professioni operanti in carcere, per quanto più propriamente attiene quelle direttamente responsabili della salute dei detenuti, può esservi, nel caso dei ristretti stranieri, una maggiore difficoltà a instaurare, anche per effetto delle problematiche già discusse, un rapporto fiduciale tale da sostenere al meglio sia comportamenti protettivi per la salute (con, ad es., un rischio di sottovalutazione dei fattori di rischio), che, in caso di patologie già in atto, una inadeguata collaborazione alla terapia (*ridotta compliance*);

- *scarsa informazione circa i propri diritti*: tale problematica, che investe solitamente in modo generale l'insieme dei diritti del detenuto, può presentare, nel caso del detenuto straniero, specifiche implicazioni relative alla salute, in grado di ostacolarne la piena tutela; si pensi, ad es., al diritto di *privacy* per i dati sensibili quali quelli relativi a indagini di approfondimento diagnostico che, laddove non riconosciuto o rispettato nel paese di origine, può scoraggiare la disponibilità del detenuto a sottoporvisi, con rischio di ritardo diagnostico e relativo peggioramento della relativa prognosi.

Qualità dell'assistenza e modelli di intervento

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che l'implementazione della salute in carcere, secondo quello che viene

definito un *"whole prison approach"*, è una sfida difficile, ma anche un'opportunità unica, in quanto i detenuti possono diventare destinatari di specifici interventi volti a ridurre le diseguaglianze in salute che li coinvolgono.

La legislazione italiana pone particolare attenzione alla tutela della salute degli stranieri detenuti e sottolinea l'importanza di prevedere specifiche raccomandazioni precedute da adeguate indagini conoscitive [Decreto Legislativo n. 230 del 22 Giugno 1999; Decreto Ministero della Sanità, 21 aprile 2000; DPCM Dicembre 2011; Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti].

Per offrire interventi sanitari che soddisfino criteri di qualità e continuità per questa specifica categoria di popolazione, appare fondamentale garantire la possibilità di:

- comunicare e relazionarsi efficacemente con i pazienti;
- programmare e gestire interventi multiprofessionali e multidisciplinari;
- superare l'approccio bio-medico per un approccio bio-psico-sociale più idoneo a impostare e sostenere reali interventi di 'promozione della salute';
- orientare i pazienti al momento dell'uscita dal carcere coordinandosi con organizzazioni esterne.

Le azioni consigliate sono quindi le seguenti:

- investire nella formazione e nell'aggiornamento del personale penitenziario (socio-sanitario, educatori, agenti di custodia);
- acquisire operatori che possano favorire una mediazione culturale;
- creare una rete di monitoraggio clinico-epidemiologico;
- superare le barriere burocratico-amministrative ad un'azione preventiva efficace (sensibilizzazione degli operatori non sanitari sui problemi di salute);

- coinvolgere i detenuti in campagne di educazione sanitaria (possibilmente avendo a disposizione strumenti normativi di tipo incentivante);

- promuovere iniziative multicentriche che vedano la partecipazione di tutti gli attori interessati (Istituti, ASL, Enti locali, Società scientifiche, Associazioni);

- costruire 'alleanze' con le realtà territoriali di aggregazione della società civile;

- individuare e indirizzare possibili percorsi di integrazione.

Si è consapevoli che, in un momento storico di difficoltà economiche ulteriori rispetto a quelle già vissute in questi anni, il perseguimento di alcune di queste azioni (come la disponibilità di mediatori linguistico-culturali) incontra indubbie difficoltà, ma questo non le rende meno necessarie.

La programmazione, l'organizzazione e la gestione degli interventi di tutela della salute dei detenuti sono oggi attribuiti, dalla normativa vigente, al Servizio sanitario regionale attraverso le Aziende Sanitarie Locali. Attualmente, le ASL nel cui territorio sono ubicati istituti di detenzione sono 207.

In osservanza delle indicazioni del Tavolo di Lavoro permanente Stato / Regioni / Enti Autonomi sono stati costituiti in ogni Regione Osservatori per la salute in carcere, composti da personale delle ASL e dei Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria, oltre che, dove istituito, da rappresentanti dell'Ufficio del Garante dei diritti dei Detenuti.

Al momento solo in Regione Abruzzo sono stati stipulati singoli atti di intesa tra Istituti Penitenziari e le locali ASL.

Considerazioni conclusive

Il carcere continua ad essere spesso, impropriamente, un luogo di malattia e disagio. Alla restrizione della libertà fisica

si aggiungono, in misura pressoché sistematica nelle strutture presenti sul territorio nazionale, criticità che influenzano direttamente la salute e la qualità della vita dei ristretti, a partire dal sovraffollamento. I detenuti e le detenute di origine straniera possono soffrirne con maggiore intensità o possono risentire negativamente di disagi specifici riconducibili al loro maggiore sradicamento.

La normativa di riferimento riconosce ampiamente queste necessità in un'ottica di parità di 'diritti' e indirizza positivamente gli interventi. All'interno di questa adeguata cornice giuridica, occorre però consolidare una cultura di approccio alla diversità e una cultura organizzativo-gestionale che intercettino realmente i disagi evitabili. Occorre tener conto, quindi, della necessità di destinare ai detenuti stranieri interventi che possano rimediare a una insufficiente informazione sui loro diritti, e attenuare il disagio provocato da eventuali difficoltà comunicative e relazionali, e da diversità di ordine culturale; ancora più difficile è contrastare l'isolamento sociale ed affettivo cui molti di loro (come anche molti detenuti italiani) sono soggetti: un contributo importante può essere fornito, per affrontare queste difficoltà, da associazioni del mondo del volontariato. Il carcere deve cercare di aprirsi alla società civile, perché questo approccio è anche quello che predispone maggiormente ad un successivo reinserimento della persona dopo l'uscita dal carcere.

Appare inoltre indispensabile che tutte le ASL nel cui territorio di competenza è presente un Istituto di detenzione, dispongano rapidamente delle competenze professionali necessarie e sviluppino capacità di monitoraggio e intervento efficaci. Malgrado non siano ancora disponibili censimenti sistematici delle impostazioni orga-

nizzative pianificate a livello aziendale (ad es. attraverso la disamina degli Atti aziendali), si ha la sensazione che questo processo, non procrastinabile, stenti ad avviarsi, e che molte ASL tendano a sottovalutare le responsabilità loro assegnate.

L'autonomia regionale nella tutela della salute riconosciuta dal federalismo sanitario (L.C. n. 3 del 2001) non deve essere causa di ingiustificate differenze nella tutela della salute dei detenuti tra diversi contesti regionali. Oltre a questo, tornando ai detenuti stranieri, dobbiamo in tutti i modi evitare di far sì che vengano a crearsi e consolidarsi categorie di 'deboli tra i deboli'.

Crediamo che anche le Società scientifiche da noi rappresentate possano dare, a questi fini, un rilevante contributo, sia in termini di supporto tecnico-scientifico che con un'azione di *advocacy* rispetto alle Istituzioni competenti.

Riferimenti bibliografici

- Babudieri S, Longo B, Sarmati L, Starnini G et al. *Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multi-centre study in Italy*. *J Med Virol*. 2005; 76(3): 311-7.
- Baccaro L. *Carcere e Salute*. Padova, Edizioni Sapere, 2003.
- Decreto Legislativo n. 230 del 22 Giugno 1999 [disponibile al sito http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_15.wp?contentId=LEG47931 - ultima consultazione 15 dicembre 2011].
- Decreto Ministero della Sanità, 21 aprile 2000 [disponibile al sito <http://www.medicoeleggi.com/argomenti00/italia1/12458.htm> - ultima consultazione 15 dicembre 2011].
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008. *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni*

- strumentali in materia di sanità penitenziaria [disponibile al sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1596_allegato.pdf - ultima consultazione 15 dicembre 2011].
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST757551 [ultima consultazione 16 luglio 2012].
- IOM-OIM. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. *Guidelines for border management and detention procedures involving migrants: a public health perspective*. 2010.
- Marceca M, Starnini G, Geraci S, Fara GM. *La presenza degli extracomunitari negli istituti penitenziari: una situazione sottovalutata*. 37° Congresso Nazionale: "L'Igiene e la sanità Pubblica alle soglie del 2000" della Società Italiana di Igiene. Napoli, 25-28 Settembre 1996.
- Ministero della Giustizia Italiano – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. *Statistiche sull'esecuzione negli istituti penitenziari*. 2007.
- www.giustizia.it/statistiche/statistiche_dap/det/detg00_organigramma.htm.
- Ministero della Salute, Ministero della Giustizia. *Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale* [disponibile al sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1596_ulteriallegati_ulterioreallegato_0_alleg.pdf] - ultima consultazione 15 dicembre 2011].
- Monici L, Bonvicini F, Severi C, Zaynalabedin K, Greci M. *Il carcere nella rete dei servizi sanitari*. XI Congresso Nazionale SIMM: "Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie" della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna, Lombard key, 2011: 196.
- Quadrelli E. *Stranieri in carcere: una ricerca etnografica*. <http://www.tsd.unifi.it/cittadin/papers/quadrell.htm> [ultima consultazione 16 luglio 2012].
- Starnini G, Carbonara S, Grosso G, D'Offizi GP, Monarca R, Tomasini A, Albanese F, Cospito A, Iardino R, Babudieri S. *Unaware HIV-Infected persons: The IN & OUT Project to promote HIV screening in prisoners*. XVI World Conference on AIDS – Toronto [Canada] 13-18/08/2006; abstract n° A-011-0209-09758.
- Starnini G. *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*. *Autonomie locali e servizi sociali*. 2009 (1): 3-14.
- WHO. *The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public Health*. Copenhagen, 2010.
- WHO. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*.- WHO Europe, Copenhagen, 2007 [<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>] - ultima consultazione 15 dicembre 2011].
- Contatto: Maurizio Marceca
(maurizio.marceca@uniroma1.it)

La salute della popolazione immigrata detenuta: lo studio svolto in Toscana

Caterina Silvestri, Cristina Orsini, Fabio Voller

Osservatorio di Epidemiologia – Agenzia Regionale di Sanità Toscana

Introduzione

Negli ultimi vent'anni il sistema penitenziario italiano ha subito importanti modificazioni riguardanti non soltanto il rapporto tra immigrazione e detenzione, ma anche rispetto al numero totale di accessi presso le strutture detentive. Nei primi anni '90, infatti, il tasso di carcerazione sulla popolazione italiana era di 50/60 detenuti ogni 100.000 abitanti, valore che, in seguito alle profonde trasformazioni avvenute in questi anni, ha raggiunto il numero giornaliero di 100 detenuti su 100.000 abitanti. Si è passati dai 35.485 detenuti del 1991 ai 53.165 del 2000, fino ai 66.009 al luglio 2012.

Il forte incremento al quale abbiamo assistito non può non tener conto della crescita esponenziale della popolazione detenuta straniera. Il numero degli stranieri arrestati, infatti, è più che duplicato nel solo intervallo 1991-1997. Gli stranieri in carcere hanno raggiunto ormai quote allarmanti, rappresentando il 35,7% dei presenti (n=23.590)¹.

Il panorama nazionale appare ulteriormente confermato dalle cifre della sola regione Toscana. Attualmente, le 18 strutture penitenziarie per adulti, ospitano 4.177 persone, delle quali 2.186 (52,3%) risultano di nazionalità straniera¹. Questo valore, altamente al di sopra della media nazionale, varia all'interno dei diversi Istituti, rivelandosi maggiore nelle Case cir-

condariali² e nelle aree metropolitane.

Se le condizioni strutturali e di sovrappollamento, ad oggi, non hanno subito importanti modificazioni, il processo di riordino della sanità penitenziaria ha avuto inizio (d.p.c.m. 1 aprile 2008), prevenendo il coinvolgimento, a livello nazionale, di tutti gli enti (Regioni, Comuni, Aziende sanitarie e Istituti penitenziari) che responsabilmente concorrono affinché si realizzino le condizioni in grado di tutelare la salute dei detenuti. La normativa, infatti, stabilisce che le attività sanitarie diventino di competenza delle AUSL in cui hanno sede gli Istituti, garantendo ai cittadini detenuti la continuità terapeutica come principio fondante dell'efficacia degli interventi sia in ambito penitenziario che dopo la scarcerazione.

La Regione Toscana, in linea con il percorso nazionale sull'attuazione della normativa, ha istituito l'Osservatorio regionale per la salute in carcere³ con lo specifico compito di monitorare i bisogni sanitari della popolazione penitenziaria.

È in questo contesto che l'Agenzia regionale di sanità della Toscana, in qualità di organo di supporto tecnico-scientifico, in collaborazione con gli altri partner istituzionali e con il personale sanitario operante nel settore, ha contribuito a tratteggiare una panoramica delle principali patologie da cui risulta affetta la popolazione detenuta, delineandone caratteristi-

che legate non soltanto agli stili di vita messi in atto, ma anche al Paese di provenienza.

Metodi

Al fine di indagare lo stato di salute della popolazione detenuta in Toscana, è stato condotto uno studio prospettico di coorte coinvolgendo tutti i reclusi presenti in data 15 giugno 2009 nei 18 istituti penitenziari della Toscana, tra cui l'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG).

Non sono stati reclutati coloro che sono stati scarcerati nel periodo intercorso tra l'arruolamento e la prima visita per l'impossibilità di rintracciarli una volta "liberi".

Il programma d'inserimento dati assegnava ad ogni arruolato un codice numerico in grado di individuare la persona nel corso della rilevazione garantendo, al tempo stesso, il completo anonimato durante la trasmissione dei dati. Per il dato numerico relativo al paese di origine dei cittadini stranieri residenti in Toscana sono stati utilizzati i dati di popolazione Istat.

Lo strumento utilizzato per la rilevazione è stato informatizzato su supporto Access e consta di due sezioni: la prima riguardante le principali caratteristiche socio-demografiche ed una seconda contenente aspetti di tipo clinico. La scheda è stata compilata da un medico incaricato e presente all'interno di ogni istituto penitenziario. Le patologie sono state codificate secondo il sistema di Classificazione internazionale delle malattie ICD IX-CM⁴. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, è stata messa a disposizione una lista di principi attivi tratti dall'Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC).

Al termine di ogni rilevazione i dati sono stati trasferiti all'Agenzia Regionale di Sanità via web.

Risultati

I detenuti sottoposti a visita medica sono stati complessivamente 2.985 su 4.169 presenti (71,6%) il 15 giugno 2009.

La coorte è composta prevalentemente da maschi (95,5%), con titolo di studio medio-basso (l'82,3% ha conseguito il diploma di scuola media) proveniente, per il 49%, da libertà. Il 47,2% risulta di origine straniera originario, per la maggior parte, dell'Africa del Nord e dell'Europa dell'Est.

Confrontando la popolazione detenuta con la popolazione residente in Toscana, si evidenzia una differenza tra le proporzioni di stranieri di quasi 5 volte superiore fra i detenuti rispetto alla popolazione libera (46,6% rispetto 9,1%). Anche la distribuzione dei paesi di provenienza non rispetta lo stesso andamento: se l'Europa dell'Est mantiene comunque valori molto elevati, l'Africa, pur rimanendo costante in valore assoluto, registra una diminuzione in valore percentuale. L'età media della popolazione detenuta straniera (32 anni) risulta inferiore rispetto a quella dei detenuti italiani (42 anni) influenzando positivamente sul loro stato di salute.

La distribuzione di sani e malati fra i diversi paesi stranieri non vede significative differenze, di conseguenza, data la netta predominanza dei detenuti provenienti dai paesi dell'Africa del Nord e dell'Europa dell'Est (l'82,3% del totale dei detenuti stranieri), verranno descritte le patologie a carico di questi due gruppi etnici, confrontandoli, laddove risulti necessario, con i detenuti di nazionalità italiana.

In linea con quanto pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁵, la diffusione dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta, indipendentemente dal Paese di origine, riguarda prevalentemente i disturbi di

natura psichica, dell'apparato digerente e di tipo infettivo e parassitario.

Partendo dai disturbi psichici, tra i detenuti stranieri si osserva la predominanza del disturbo da dipendenza da sostanze fra i nordafricani (47,5%) rispetto agli esteuropei dove il valore scende al 29,4% (popolazione detenuta italiana, 36,8%). La popolazione esteuropea risulta invece maggiormente incline all'uso di bevande alcoliche (26,5%), con valori che si avvicinano molto a quelli dell'uso di droghe, mentre nei nordafricani questa percentuale scende al 18,6%. La diversa abitudine al bere di queste popolazioni, legata in molti casi ad aspetti di tipo religioso, in parte spiega il risultato ottenuto e risulta in linea con indagini precedenti (WHO, 2007).

I disturbi psicotici, come quelli dello spettro schizofrenico e della personalità, essendo patologie altamente invalidanti in grado di alterare la capacità dell'individuo di porsi su un piano di realtà, risultano nettamente inferiori fra gli stranieri. Infatti, pensando alle motivazioni che spingono questi popoli verso culture diverse, si può intuire come, per un paziente affetto da un grave disturbo psicotico, questo possa risultare difficile soggiacendo a quello che viene definito "l'effetto del migrante sano".

Opposti appaiono i risultati riguardo ai disturbi nevrotici o di adattamento che, risentendo proprio delle diversità culturali che queste popolazioni si trovano a dover affrontare in un ambiente ristretto, si manifestano in misura maggiore proprio fra gli stranieri (Nord-Africa=41,6%; Est-Europa=37,3%; Italia=29,3%).

Rimanendo nell'ambito della salute mentale, affrontiamo il tema del tentato suicidio e dell'autolesionismo. Lo studio, avendo come principale obiettivo quello di fornire informazioni sullo stato di salute di una coorte di detenuti, non ha trattato il

tema del suicidio ultimato, ma si è limitato a indagare la messa in atto di azioni autolesive o di tentato suicidio, rimandando al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria per le statistiche ufficiali.

In questo caso è stato chiesto ai medici di segnalare la presenza nella storia clinica del detenuto di almeno un tentativo di suicidio registrando, sull'intera coorte, un valore del 4,3%, corrispondente a 128 persone. Gli atti di autolesione risultano molto elevati fra i nordafricani rispetto agli esteuropei (18,1% vs. 4,7%), superando il valore riscontrato fra i detenuti italiani (10,4%). Il tentato suicidio segue lo stesso andamento.

Indipendentemente dal paese di provenienza, si ritiene opportuno sottolineare l'emergenza che si sta verificando all'interno delle strutture penitenziarie, dove circa 4 persone su 100 hanno tentato il suicidio almeno una volta, rispetto allo 0,006% osservato nella popolazione libera.

Passando alle malattie infettive e parassitarie, i cittadini detenuti vengono considerati una popolazione ad alto rischio di contrarre malattie infettive, fra cui il virus HIV, epatiti virali o altre infezioni sessualmente trasmesse. Questa specificità è causata dall'alta prevalenza di comportamenti a rischio messi in atto durante il periodo detentivo, in particolare attraverso l'uso iniettivo di droghe, rapporti sessuali non protetti o l'uso comune di aghi ipodermici per l'esecuzione di tatuaggi⁶.

Fra le varie patologie, l'infezione da HCV occupa il primo posto con un valore complessivo del 9,1% sul totale dei detenuti. Ciò che appare particolarmente interessante riguarda l'elevata percentuale, fra gli italiani, di infezioni da HCV (15,2%) rispetto ai nordafricani (3,0%) e agli esteuropei (2,1%). In questi ultimi, pur confermando l'elevata presenza del virus HCV, si osserva una maggiore omogeneità con

l'infezione da HBV (2,3% nei nordafricani e 1,9% fra gli esteuropei) e la presenza di epatite da virus Delta, che risulta assente negli italiani.

Il maggior coinvolgimento dei detenuti di nazionalità italiana nell'infezione da HCV non sembra essere spiegabile con lo stato di tossicodipendenza da cui risulta affetta, in misura più elevata, la popolazione nordafricana (17,2% rispetto al 14,5%). A conferma di questo risultato, sapendo che l'infezione da HCV si trasmette principalmente per via ematica, è stata analizzata la condizione di tossicodipendente in base al tipo di sostanza usata. I consumatori di eroina (sostanza generalmente utilizzata per via iniettiva) risultano presenti in proporzioni uguali nelle due popolazioni (24,5%).

Anche l'infezione da *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) risulta superiore tra la popolazione italiana (2,0%) rispetto a quella sia nord-africana sia dell'est Europa (rispettivamente 0,7% e 0,4%), così come l'epatite A: 1,2% tra gli italiani, 0,2% tra la popolazione nord-africana e nessun caso tra gli est europei. Al contrario, risultano positivi all'infezione da *Treponema pallidum* (sifilide), soprattutto i detenuti provenienti dall'est Europa (1,2%).

Fra le altre malattie infettive presenti nelle strutture penitenziarie, l'OMS pone un'attenzione particolare all'infezione tubercolare (TBC) che, a livello europeo raggiunge tassi da 10 a 100 volte superiori rispetto a quelli osservati nella popolazione generale (WHO, 2007). L'incremento e la diffusione di questa patologia fra i detenuti ha stimolato numerosi studi sull'argomento⁷, dai quali emerge l'elevata variabilità presente nelle diverse strutture penitenziarie europee, con valori nettamente superiori nei Paesi dell'Est, dove i detenuti affetti da tubercolosi rappresentano il 93% dei casi. Contrariamente a questi dati, lo

studio toscano non presenta specificità legate all'etnia, richiedendo ulteriori approfondimenti in grado di escludere eventuali errori di compilazione da parte dei medici.

Esaminiamo, infine, il gruppo delle malattie dell'apparato digerente, dove le affezioni del cavo orale continuano⁸ a rappresentare la principale patologia riscontrata coinvolgendo un numero molto elevato di detenuti.

Fra gli stranieri, i nordafricani risultano maggiormente colpiti dalle affezioni del cavo orale con il 18,6%, seguiti dagli esteuropei (15,9%).

Fra le altre patologie segnaliamo il gruppo delle esofagiti, le ulcere gastroduodenali (Africa del Nord: 4,1%; Europa dell'Est: 5,6%) e la malattia epatica cronica che interessa il 2,6 dei nordafricani e l'1,3% degli esteuropei.

Trattandosi di una popolazione con un'età media di 32 anni, l'interessamento da parte di patologie a carico del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio o di natura oncologica, risulta essere molto limitato.

Conclusioni

Valutare la presenza, in ambiente penitenziario, di alcune fra le principali patologie croniche, risulta particolarmente importante se consideriamo questi dati come una sorta di guida sulla quale orientare interventi di promozione della salute nella popolazione detenuta. Questo risulta ancor più interessante quando si parla di popolazione detenuta immigrata. Le difficoltà linguistiche impediscono, spesso, la raccolta puntuale di dati anamnestici utili per l'inquadramento psicopatologico, per non parlare delle condizioni di vita dalle quali provengono che, in molti casi, risultano fonte di gravi patologie.

Nello specifico, stratificando per area

geografica i risultati riguardanti le patologie infettive, abbiamo ottenuto un numero molto elevato di positivi all'infezione da HBV, HCV e HIV fra gli italiani detenuti rispetto agli stranieri. Questo risultato, pur confermando l'elevata presenza di processi infettivi nelle strutture penitenziarie rispetto alla popolazione libera italiana (la prevalenza di HCV-RNA è del 3%⁹ vs il 14,9% riscontrato fra i detenuti italiani), appare contrario a quanto riportato in letteratura circa la netta prevalenza di infezioni da virus C in Asia ed in alcuni paesi africani (Egitto in particolare) dove la prevalenza raggiunge addirittura il 51,0% della popolazione generale¹⁰. Il confronto con i professionisti che operano all'interno delle strutture ha messo in luce una differenza sostanziale nell'adesione allo screening infettivologico da parte di detenuti provenienti da aree geografiche differenti. La valutazione virologica, infatti, pur essendo di routine all'ingresso in struttura, necessita del consenso da parte dell'interessato con conseguente scarsa approvazione da parte dei detenuti stranieri che molto spesso, in mancanza di un mediatore culturale, non riescono a comprenderne l'importanza in termini di salute personale. Inoltre, la maggior conoscenza che i detenuti italiani hanno del proprio stato di salute, rende possibile la trascrizione di uno stato patologico già in fase anamnestica.

Per quanto riguarda, invece, l'infezione da *Treponema Pallidum* (pur essendo potenzialmente sottostimati), i nostri dati risultano in linea con quelli pubblicati nel 2010 dall'European Centre for Disease Prevention and Control¹¹ in cui viene messa in evidenza la forma endemica che questa patologia sta acquistando in alcuni paesi dell'Est Europa. Risulta quindi comprensibile come questo fenomeno si verifichi anche all'interno delle strutture penitenziarie.

Come abbiamo avuto modo di osservare, il disturbo mentale, pur rappresentando la prima forma patologica anche nei detenuti stranieri, risulta prevalentemente caratterizzato dalla condizione di tossicodipendenza e alcol dipendenza seguito da disturbi nevrotici e di adattamento. A questo proposito è di grande interesse il lavoro di Fazel S. e Lubbe S.¹² nel quale si mette in evidenza come il disagio mentale, accentuato dalla condizione detentiva, rappresenti un importante fattore di rischio nel determinare la scelta suicidaria.

Se volessimo tracciare un profilo sanitario "generico" della popolazione straniera presente nelle strutture detentive toscane, potremmo definire queste persone come potenzialmente a rischio di andare incontro a patologie croniche altamente invalidanti. La giovane età, attualmente, tende a mascherare i disturbi legati ad abitudini di vita (come l'alcol, il fumo o la dipendenza da sostanze) che richiedono, invece, una valutazione precoce al fine di mettere in atto interventi volti alla riduzione del danno. È per questo che, a nostro avviso, la riforma sanitaria, dato l'elevato numero di persone straniere presenti nelle nostre strutture, necessita di un maggior coinvolgimento di figure professionali in grado di affiancare i clinici nello svolgimento del loro lavoro attivando un processo di mediazione culturale.

Note bibliografiche

- ¹ Dipartimento Amministrazione penitenziaria, Detenuti presenti - Aggiornamento al 31 luglio 2012.
- ² Queste sono finalizzate alla custodia degli imputati a disposizione di qualsiasi autorità giudiziaria e sono istituite nei capoluoghi di circondario (ambito di competenza del Tribunale ordinario). Presso le Case circondariali possono essere istituite sezioni di reclusione

- (detenuti con condanne definitive) per reati a bassa entità, generalmente con pene inferiori ai cinque anni.
- ³ Delibera Giunta Regione Toscana n. 759 del 29-10-2007.
- ⁴ Di Liso G, Corvino G, Langiano T, Nonis M (a cura di), Guida all'ICD IX-CM: Manuale pratico per la compilazione della parte sanitaria nella nuova scheda di dimissione ospedaliera. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
- ⁵ WHO Regional Office for Europe (2007), Health in prison. A WHO guide to the essentials in prison health.
- ⁶ Allwright S, Bradley F, Long J (2000), Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV an risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal*; 321: 78-82.
- ⁷ Aearts A, et al. (2000), Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *International Journal of Tuberculosis and lung Disease*; 10: 1215-1223.
- ⁸ Nobile C, Fortunato L, Pavia M (2007), Oral health status of male prisoners in Italy. *International Dental Journal*; 57: 27-35.
- ⁹ Mele A, Tosti ME, Spada E, Mariano A, Bianco E e il Gruppo collaborativo SEIEVA. Epidemiologia dell'epatite virale acuta: venti anni di sorveglianza del SEIEVA in Italia e rassegna della letteratura. Rapporto Isistan 06/12. Roma, Istituto Superiore Sanità, 2006.
- ¹⁰ Bellentani S, Miglioli L, Masutti F et al. (2000), Epidemiology of hepatitis C virus infection in Italy: the slowly unraveling mystery, review, *Microbes and Infection*; 2: 1757-1763.
- ¹¹ European Centre for Disease Prevention and Control (2010), *Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe, annual 2010*.
- ¹² Fazel S, Lubbe S. (2005), Prevalence and Characteristics of mental disorders in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatric*; 18(5): 550-554.

Contatto: Caterina Silvestri
(caterina.silvestri@ars.toscana.it)

Salute degli stranieri adulti e minori autori di reato in situazione di restrizione della libertà personale: stato dell'arte dell'applicazione del DPCM 1/4/2008 circa il riordino della medicina penitenziaria

Sandro Libianchi¹, Maria Chiara Gentili², Andrea Maccari³.

Con la collaborazione di: Cristina Imperatori⁴, Elisabetta Petruolo⁴, Sara Mossino⁴, Ada Silvestri⁴, Emanuela Falconi⁴, Silvia Libianchi⁴.

¹ Referente della Regione Lazio nel Tavolo Tecnico Nazionale per la Medicina Penitenziaria c/o Conferenza Unificata

² Dirigente medico, ASL Roma B

³ Coordinatore Infermieristico, Azienda USL Roma B

⁴ Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (Co.N.O.S.C.I.)

Premessa

La tutela della salute in carcere non è riferibile ad un sistema categorico unico, quello sanitario, e pertanto risulta di alta complessità applicativa, in quanto ad esso afferiscono discipline eterogenee, quali la politica, l'economia, il diritto, il complesso delle regole penitenziarie e, naturalmente, le scienze mediche.

Anche organismi internazionali come l'OMS (1) puntano sul focus della definizione di benessere evidenziando quanto esso sia strettamente legato a quello sociale, al fine di garantire una più equa ripartizione delle risorse. Da più parti si ribadisce come le difficoltà economiche dei paesi si riflettano maggiormente sui poco abbienti, incidendo in modo rilevante sul loro stato di salute. Gli enunciati costituzionali nazionali, configurano lo stato attuale delle condizioni di protezione giuridica e sociale in Italia a carico delle fasce meno abbienti quali le persone in stato di povertà, gli immigrati, i senza fissa dimora che possono essere anche autori di reati. Questi, a causa delle loro precarie condizioni di vita hanno spesso una salute assai precaria con

alti livelli di mortalità e morbilità. Universalismo, Solidarietà ed Uguaglianza sono i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale Italiano, per cui tutti i cittadini hanno diritto, in rapporto ai loro bisogni e non alla disponibilità economica, di usufruire dei servizi sanitari previsti nei livelli essenziali di assistenza (LEA) stabiliti a livello statale, con pari opportunità di accesso e concorso alla spesa in misura proporzionale al reddito personale, anche in carcere.

La normativa

La prima volta che in Italia compare la denominazione '*medicina penitenziaria*' è nella Legge n. 740 del 1970, precorrendo addirittura la stessa riportata nell'Ordinamento penitenziario nel relativo regolamento di attuazione (D.P.R. n. 354 del 1975), evidenziando ('in nomen omen') la diretta dipendenza dalle istanze di giustizia, funzionale e subordinata ad esse. Queste norme derivano dal riesame del Regio Decreto 25 marzo 1923, n. 867 che istituiva la figura del Medico in carcere (2)

Il Dipartimento dell'Amministrazione

Penitenziaria (D.A.P.), allora garantiva prestazioni sanitarie ai cittadini detenuti ed internati. Pertanto, un organo istituzionale non sanitario, attraverso un sistema di governo di professionisti sanitari e di strutture di gestione operativa, si avvaleva, nella quasi totalità dei casi, dello strumento giuridico della Convenzione ad personam che legava gerarchicamente il professionista alle Direzioni penitenziarie, ai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria (P.R.A.P.) ed al D.A.P. Appare di tutta evidenza come, con quello stato giuridico si concretizzava un sistema di gestione della salute molto improntato sul controllo e sulla sicurezza, invece che sulla centralità della persona detenuta e sui suoi bisogni.

La denominazione di 'medicina penitenziaria' indicava fondamentalmente un'azione di tipo monoprofessionale medica, considerando poco od affatto le altre professionalità sanitarie, quali quella dell'infermiere, o quelle che all'epoca non risultavano ancora codificate quali l'assistente sociale e lo psicologo, per i quali ancora non erano stati attivati i relativi corsi di laurea. Il superamento di questo sistema autonomo si avvia con la sua inclusione nel Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), attraverso il D.P.R. 309/90 che all'art. 96 prevedeva che la responsabilità dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti (e non 'tossicodipendenti detenuti') era da concordare con le locali A.S.L. attraverso lo strumento della Convenzione tra Enti.

Il 1 aprile 2008 è pubblicato il DPCM recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria" e dal quel momento viene pressoché completata la base normativa

del riordino della medicina penitenziaria che aveva vistola luce quasi quaranta anni prima. Il completo riordino è di data recente e quest'ultima parte è contenuta nella Legge 17 febbraio 2012, n. 9 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovrappollamento delle carceri") e regola la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Ma lo strumento applicativo più importante per la concreta attuazione e messa a punto delle nuove norme, è rappresentato dagli Accordi sottoscritti in Conferenza Stato-Regioni. Gli argomenti trattati sono stati i più vari tra cui: i Minori, gli OPG, le strutture sanitarie, i tavoli tecnici, le prestazioni medico legali per La Polizia Penitenziaria, la prevenzione dei suicidi e dell'autolesionismo, l'HIV e l'AIDS, ecc.).

Specificità dell'intervento clinico in carcere

Il carcere, al pari di altre realtà simili (caserme, collegi residenziali, ospizi, Centri per l'immigrazione e l'espulsione, ecc.) sono comunemente denominati quali 'ambienti confinati', laddove per confinamento viene espressa la distanza logistico-funzionale e di possibilità di movimento libero delle persone in essi ospitati o contenuti. Un ambiente confinato determina esigenze peculiari, quali quella dell'esigenza di una prevenzione mirata e, complessivamente un'attenzione superiore e specifica alle realtà presenti, come per esempio alle problematiche infettivo-correlate che coinvolgano tutte le persone presenti, senza distinzioni di stato giuridico, professione, tempo di permanenza, ecc. (3, 4).

Per questi fatti, la peculiarità ambientale si manifesta con la concentrazione di particolari problematiche personali e sani-

tarie come l'alta incidenza di problemi legati alla salute mentale, nonché di persone dedite al consumo delle sostanze stupefacenti, il cronico sovraffollamento, il costante incremento della presenza delle diverse etnie.

Pertanto si creano i presupposti non per il riconoscimento di una popolazione svantaggiata, bensì per una serie di gruppi di persone svantaggiate, ognuna con la sua specificità e con la sua prospettiva di vita, quali: le donne, le persone con disagio o malattia mentale, i tossicodipendenti, gli stranieri, i transessuali, i condannati all'ergastolo, i detenuti sottoposti a regimi penitenziari particolarmente severi (41bis), i bambini minori di anni tre al seguito delle madri (5), nei nidi penitenziari, i detenuti anziani.

Le principali situazioni di contesto peculiari e di interazione tra persone che agiscono all'interno del medesimo "contenitore" e che coinvolgono i professionisti che operano in carcere o nei contesti di restrizione delle libertà personali, possono essere sintetizzate nelle seguenti:

1. *Basso grado di autodeterminazione nei confronti delle prestazioni sanitarie*: ogni atto sanitario è deciso dal medico ed il detenuto non può influire su queste scelte, se non rifiutandole.

2. *Limitazioni nella scelta del personale curante*: il detenuto non può scegliere un medico di base diverso da quello che è presente in istituto od uno specialista, se non pagando direttamente le prestazioni richieste.

3. *Limitazioni nella scelta del luogo di cura*: ogni possibilità di scelta dell'ospedale o di altro luogo di cura è secondaria alle decisioni del magistrato e/o della Direzione del carcere.

4. *Gestione dei tempi di cura*: gli appuntamenti per la specialistica esterna – fatte salve le condizioni di urgenza – sono atti

organizzativi dei nuclei di traduzione della Polizia Penitenziaria oltre che degli ospedali.

5. *Rapporto fiduciario*: è difficile immaginare come possa instaurarsi un rapporto fiduciario con professionisti che fino al DPCM 1/4/2008 erano dipendenti dell'autorità carceraria. A tale proposito basti pensare alle certificazioni con l'implicito ed esteso conflitto di competenze con gli aspetti medico-legali della malattia in carcere e alla partecipazione del medico come componente delle commissioni di disciplina.

6. *Scelta degli ambienti di vita*: c'è l'impossibilità intrinseca e pressoché totale nella scelta dell'ambiente di vita, laddove si consideri la cella singola o a due letti, gli ambienti per non fumatori, ecc. Il sovraffollamento riduce ancor di più tale possibilità.

7. *Privacy*: in carcere è preclusa ogni forma di privacy in maniera pressoché totale, anche in virtù della persistenza nel considerare ogni referto, atto sanitario o dato personale, quale elemento del 'trattamento penitenziario' al quale ogni operatore può accedere, in quanto tenuto al proprio segreto professionale. Il paradosso si crea quando nell'ambito di un 'contenitore' ambientale limitato e separato dal resto dei contesti, ognuno dovrebbe essere tenuto ad un segreto che tale non è più quando tutti ne possano essere a conoscenza.

8. *Diritto a non essere curato*: è uno dei problemi più rilevanti della detenzione. Esso si concretizza nello sciopero della fame, nel rifiuto di assumere farmaci anche 'salvavita', nel rifiutare i ricoveri d'urgenza. ecc. Purtroppo la ragione di tali comportamenti risiede sempre più spesso nel tentativo di ottenere delle condizioni cliniche talmente gravi che comportino l'incompatibilità con il regime carcerario e

la conseguente scarcerazione, anche a scapito del rischio della vita stessa.

9. *Pressioni improprie sul personale sanitario*: è un aspetto molto diffuso ma poco noto. Esso consiste nel mettere in atto comportamenti, pressioni e condotte tali da indurre il certificante che solitamente è il medico, a produrre certificazioni di compiacenza, laddove questa sia finalizzabile ad una scarcerazione od all'applicazione di una misura restrittiva meno afflittiva come l'affidamento in prova all'esterno od all'inizio in una comunità terapeutica; anche altre figure sanitarie possono risentire di queste pressioni.

10. *Conversione di problemi non sanitari in problemi sanitari*: o presunti tali; il conflitto tra detenuti o tra questi ed il personale di custodia è spesso parte del processo di 'sanitarizzazione delle problematiche convenzionali' per incapacità del sistema di gestire altrimenti queste situazioni. In queste situazioni il detenuto viene portato nelle infermerie per la consulenza con lo psichiatra e la somministrazione di farmaci. È anche il caso dell'autolesionismo come reazione a stimoli negativi (un permesso negato, una sentenza sfavorevole, ecc.).

11. *Sindromi da simulazione*: è un comportamento che si manifesta nella produzione intenzionale di sintomi fisici o psichici motivata da incentivi esterni per evitare situazioni ritenute sfavorevoli od ottenere farmaci. Il rischio di una sottovalutazione di questi stato di malessere può comportare rischi notevoli.

12. *Altre situazioni*: sono rappresentate dalle sintomatologie e sindromi specifiche connesse alla carcerazione, il trauma da carcerazione o sindrome da ingresso in carcere, la sindrome di Ganser, la sindrome di Wernicke, la sindrome da prisonizzazione, l'Attention Deficit Hyperactivity Disorder (A.D.H.D.), ecc.

Accanto a questi aspetti prevalentemente clinici ed a carico delle persone detenute e delle conseguenze sanitarie del loro stato di coercizione, esistono altre specificità che coinvolgono i professionisti che operano nei contesti carcerari o di limitazione delle libertà professionali (6), quali:

- *Rischi professionali specifici*: rischio legale, rischio infettivologico, rischio di subire minacce, ecc.

- *Rischio di burn out*: è elevato e condizionato dalla situazione di perenne conflitto latente.

- *Necessità di una formazione specifica*: soprattutto a carico di tutto il personale sanitario ex-penitenziario.

I modelli organizzativi, il personale, l'assistenza infermieristica

I detenuti attualmente sono oltre 66 mila in tutta Italia, e oltre 11 mila dei quali con più di 50 anni di età e circa 24 mila sono gli stranieri. La quota maggiore si trova in Lombardia, seguita dalla Campania e dalla Sicilia. Nel Lazio i detenuti sono circa 7 mila, 2.612 dei quali nel Complesso Polipenitenziario di Rebibbia (agosto 2012). Uno dei punti di debolezza dell'intera operazione di riordino della medicina penitenziaria è data dalla precedente assenza di un modello organizzativo differente da quello improvvisato sulla base di susseguenti circolari del Ministero della Giustizia e sulla base delle esigenze locali di ogni istituto. In tal modo si era realizzata una situazione operativa che vedeva concretizzarsi situazioni gestionali anche molto positive in un istituto penitenziario e magari l'assenza di queste nell'istituto contiguo.

Oggi, l'autonomia regionale in materia sanitaria risulta essere molto spinta e subordinata ad equilibri di denaro; di conseguenza i modelli organizzativi e gestio-

nali sono spesso più coerenti con logiche amministrative che con logiche assistenziali. Il carcere, ultimo arrivato nel panorama della sanità in Italia, è condizionato in maniera rilevante di questa generale sottovalutazione e di conseguenza i relativi modelli organizzativi e gestionali ancora risentono di una rilevante difformità tra regioni e spesso tra istituti della stessa città o regione. Un contributo alla definizione dei modelli organizzativi può essere fornito dalla identificazione delle aree di intervento sanitario in carcere:

- *Aree funzionali Universali* (valutazione all'ingresso in carcere, assistenza di base, assistenza specialistica, la prevenzione, l'alimentazione, le attività di ricovero ospedaliero, i minori, l'attività medico-legale, gli stranieri, le donne, i bambini, ecc.

- *Aree operative cliniche* (salute mentale, alcol-tossicodipendenza (7), patologia odontoiatrica, l'urgenza, l'isolamento, la riabilitazione).

- *Aree professionali di assistenza* (infermieristica, sociale, psicologica, educatori di comunità).

Proprio sull'assistenza infermieristica (4) è necessario fornire alcune valutazioni, stante il suo importante ruolo all'interno delle strutture penitenziarie e come plus valore nella nuova organizzazione carceraria anche quale strumento di creazione e mantenimento di un rinnovato rapporto di fiducia con l'assistito. Strumento principe di questo paradigma assistenziale è la "presa in carico", strutturata sulla centralità della persona e dei suoi bisogni espressi e inespresi (5).

Il vissuto di malattia e l'assistenza infermieristica nel carcere sono destinate a rivestirsi di significati particolari, vista la complessità del contesto in cui si opera. Il lavoro infermieristico in carcere, infatti, è

molto diversificato e richiede agli infermieri di attingere a una vasta gamma delle loro competenze, a cominciare da quelle relazionali.

In un recente studio canadese (6) si è riscontrato che gli infermieri che lavorano nel settore carcerario avvertono la sensazione di uno scarso controllo sulla loro pratica professionale, hanno un minore accesso alle risorse e alle attrezzature necessarie, un'esperienza più elevata di stress emotivo e di tensione nella relazione col paziente.

Altro strumento che va in questa direzione è il counseling, quale relazione di aiuto versatile e si presenta come strumento utilizzabile da chi è chiamato ad aiutare persone, gruppi, comunità, ad affrontare e risolvere problemi. Counselor possono diventare gli stessi infermieri e tutti coloro che operano nei settori sanitari. La prevenzione, l'aiuto psicologico e la promozione al benessere personale, che il counseling favorisce, permette di creare luoghi di riflessione per individui che vogliono sviluppare le proprie personali propensioni e la propria identità.

Altro aspetto che la professione infermieristica può in qualche modo introdurre in ambito penitenziario è il modello organizzativo della presa in carico della persona reclusa fin dall'ingresso, programmata in una continuità assistenziale per tutto il periodo di permanenza (8).

La popolazione detenuta straniera. La nostra ricerca

La presenza di persone straniere in carcere è costantemente e regolarmente in crescita nell'ultimo decennio, fino a diventare una delle maggiori categorie di detenuti presenti nelle strutture carcerarie italiane che si attesta su un 30% medio, ma in qualche caso, specialmente al Nord, queste presenze superano anche l'80% del

totale (9). All'entrata in carcere, ma ancor prima al momento dell'arresto e del processo, il primo problema di fronte al quale si trova l'operatore sanitario è certamente quello linguistico, con difficoltà di comunicazione si realizza costantemente in assenza di opportuni mediatori culturali e linguistici. Il problema è aggravato dal fatto che il reato che conduce in carcere, il più delle volte è commesso all'inizio della permanenza in Italia, spesso anche nella prima settimana, senza quindi che i soggetti abbiano avuto il tempo minimo di adattamento e apprendimento linguistico o di contesto culturale o ambientale. Il tipo di patologia di cui frequentemente soffre l'immigrato, a parte gli emergenti problemi di TBC, è quella legata al consumo di sostanze stupefacenti e/o alcol ed il carcere in molti casi rappresenta uno degli infrequenti momenti di contatto, non raramente il primo, con una realtà sanitaria medica e delle altre professioni sanitarie. Una volta in carcere vengono eseguite visite ed indagini strumentali e di laboratorio per la prima volta nella vita di queste persone. Tra le patologie acquisite, quella più importante e che condiziona il resto della detenzione è il disagio psichico, insieme all'insorgenza di sintomi psicosomatici, oltre al consumo di sostanze alcoliche e/o stupefacenti.

Nel corso del 2010 e del 2011 sono stati intervistati tutti gli stranieri (n. 632) i quali, per una qualsivoglia motivazione avevano avuto un accesso nel complesso polipenzionario di Rebibbia. A costoro era somministrato un questionario standard di tipo anamnestico, da un operatore medico specializzato, nel corso delle prime giornate di detenzione; cinque questionari erano considerati non attendibili e sei sono stati rifiutati a collaborare da parte dei detenuti; 132 sono state le donne arruolate nella ricerca e 493 gli uomini. Le classi di età

maggiormente rappresentate sono state la seconda e la terza decade; il 56% proveniva dall'est europeo ed il 27% dal continente africano; la nazionalità più rappresentata era quella rumena con il 27,9% e quella albanese con il 6,9%.

Il 29,6% era giunto in Italia nel corso dei cinque anni precedenti l'arresto ed il 13,5% nel corso dei dodici mesi precedenti; sia per le donne che per gli uomini il domicilio abituale era a Roma; il 35% dichiarava di essere celibe/nubile, il 37,9% coniugato ed il 16,2% convivente; il 55,4 degli uomini era senza un valido titolo di soggiorno in Italia (mai avuto, scaduto, in attesa di rinnovo) ed il 47,6 delle donne. I cittadini comunitari erano 215 pari al 34,09%. Il 15,3% non aveva conseguito un titolo di studio di alcun genere. Ben il 22,5% dichiarava di non aver mai avuto una attività lavorativa in Italia dal suo arrivo al momento dell'arresto ed il 27,7 degli uomini dichiarava di aver avuto rapporti lavorativi nel ramo dell'edilizia che appariva essere il più rappresentativo. La conoscenza della lingua italiana era considerata sufficiente-buona nell'83,1% degli intervistati; il 91% dei casi dichiarava di non avere alcuna forma di iscrizione al Servizio Sanitario. Il 34,4% era accusato o condannato per spaccio di droga o per traffici inerenti ed il 26,9% per furto. Il 34,3% riferiva di non aver un buono stato di salute attuale ed il 24,7% di ricevere una terapia a base di psicofarmaci che risultava essere la categoria farmacologica più somministrata. Per il consumo dell'alcol 26 persone dichiaravano di esserne dipendenti pari al 4,1% ed il 16,4 da droghe (10).

I nodi critici attuali. Proposte per una road map

L'attuazione di questa serie di norme ripropone in termini ridotti, ma come in ogni processo di riorganizzazione sanita-

ria, anche in quello attuale nelle strutture carcerarie italiane, sarà determinante poter ridefinire l'intera rete dei servizi connessi a questa nuova attività-responsabilità (A.S.L., Comuni, Regioni ed altri Enti Pubblici, terzo settore, settore privato) sia per garantire una sufficiente erogazione di prestazioni sanitarie, sia per rispondere ad una domanda sociale caratterizzata da nuove povertà e bisogni.

Il ruolo delle Regioni e delle AUSL risulta determinante ed ancora bassa appare essere l'attenzione che viene posta sul problema della salute in carcere. Certamente l'adeguamento qualitativo delle prestazioni e dell'organizzazione al resto della sanità nazionale richiede le necessarie risorse, specie se si considera che l'attuale finanziamento deriva in maniera pressoché totale dal trasferimento delle precedenti risorse da quelle attribuite al Ministero della Giustizia e che si ritenevano già insufficienti.

Per una nuova definizione di medicina penitenziaria

“La Tutela della Salute in Carcere (ex medicina penitenziaria) è il complesso di funzioni sanitarie svolte all'interno degli istituti di detenzione per adulti e minori, degli istituti di cura e custodia, presso gli ospedali psichiatrici giudiziari e presso una parte dell'area penale esterna per alcuni settori specifici (tossicodipendenza, incompatibilità con il regime carcerario, differimento della pena, arresti domiciliari presso strutture sanitarie, affidamenti di tipo terapeutico, internamento, ecc.). Questo nuovo assetto, alla luce della normativa attuale, deve integrare funzioni cliniche, di prevenzione, sociosanitarie delle AASSLL e buone prassi cliniche, in ragione di specifici vincoli ordinamentali. La specificità di tale sistema di assistenza è costituita sia dalle strutture fisi-

che di esecuzione penale (interna ed esterna) sia dagli utenti portatori di specifiche problematiche giudiziarie oltre che fisiche, dal sistema giudiziario e da quello penitenziario, dall'Autorità Giudiziaria. La Tutela della Salute in Carcere, nonostante non riconosca specifiche patologie ad eziopatogenesi esclusivamente carceraria, anche se in molti casi ne riconosca una chiara concomitanza ambientale e circostanziale, mette in atto speciali interventi sanitari rispetto allo specifico contesto penitenziario anche nelle sue complesse articolazioni, coniugando finalità istituzionali di garanzia di salute e di sicurezza”.

Bibliografia

1. W.H.O. “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”; Commission on Social Determinants of Health - final report, 2008.
2. S. Libianchi et al. “Dalla medicina penitenziaria alla tutela della salute in carcere: 40anni per una riforma. Il DPCM 1 aprile 2008” in S. Libianchi, A. Arnaudo, Torino. “La riforma della sanità penitenziaria”, Publiedit ed. 2012 in press.
3. Maccari A. “L'assistenza infermieristica come plus valore nella nuova organizzazione carceraria”. Salute e Teritorio, in press.
4. J. Almost e D. Doran, Prison nurses face sex taunts, death threats, CBC. (<http://www.cbc.ca/news/health/story/2011/01/04/nurses-prison-threats.html?ref=rss>, 27 luglio 2012).
5. Libianchi S., Bambini in carcere, Aggiornamenti sociali, Marzo 2001, pg. 195-205.
6. Harding T. W. (1997), Do prisons need special health policies and programmes?, in Nelles J., Fuhrer A. editors. Harm reduction in prisons. Berne, pp 161-180.
7. N.I.D.A.: “Principles of drug abuse treatment for criminal justice population”; (2006).
8. S. Libianchi: “La Medicina Penitenziaria e la

- riforma della tutela della salute in carcere: il D.P.C.M. 1 Aprile 2008". Antigone, anno III - n. 1 (2008); pp. 115-140.
9. S. Libianchi: "Detenzione, stranieri e tutela della salute in carcere". In: Atti del I° workshop 'Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative'. Roma, Camera dei Deputati, 9 giugno 2003.
 10. Libianchi S.: "La certificazione medica in tema di affidamento a misure alternative di tossicodipendenti detenuti". In: F. S. Fortuna e S. Grieco: Atti del Convegno di Studi:

"Droga e controllo penale. Tra proibizionismo e depenalizzazione". Cassino, 21 Dicembre 2004. Edizioni Università degli studi di Cassino, pp. 83-101.

Nota dell'autore: *una parte del testo trae spunto da: S. Libianchi et al. "Dalla medicina penitenziaria alla tutela della salute in carcere: 40anni per una riforma. Il DPCM 1 aprile 2008" in S. Libianchi, A. Arnaudo, Torino, : "La riforma della sanità penitenziaria" Publiedit ed. 2012 in press.*

Contatto: Sandro Libianchi
(sandrolibianchi@hotmail.com)

La conoscenza linguistica è un determinante di esito penale nell'imputato straniero con patologia psichiatrica. Case report

Sandro Libianchi¹, Maria Chiara Gentili², Sara Mossino³, Cristina Imperatori³, Ornella Vagnozzi³, Riccardo Piccioli^{3,2}, Sandra Vitolo²

¹ Referente della Regione Lazio nel Tavolo Tecnico Nazionale per la Medicina Penitenziaria c/o Conferenza Unificata

² U.O. Casa di Reclusione di Rebibbia – ASL Roma B

³ Co.N.O.S.C.I. (Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane).

Premessa

L'autore di reato di lingua differente dal paese dove viene giudicato, presenta meno chances difensive rispetto ad altri soggetti in grado di ben comprendere i numerosi e diversi passaggi che, partendo dallo stato di fermo giudiziario, si tramutano in arresto, si svolgono nelle aule dei tribunali ed infine in carcere per tutto il tempo della pena. Le possibilità di una corretta traduzione sia delle parti verbali che degli atti formali garantiscono la consapevolezza dell'imputato o condannato, del contenuto degli atti giudiziari che lo riguardano, attraverso un'opportuna traduzione nella lingua di origine. La violazione del diritto di traduzione comporta la nullità dell'atto non tradotto e del giudizio da questo derivante. L'Ordinamento Penitenziario (Legge n. 354 del 1975) prevede l'applicazione del trattamento penitenziario a tutti i detenuti indifferentemente dalla loro nazionalità, religione, sesso, ecc., (art. 35: *"nell'esecuzione delle misure private della libertà nei confronti di cittadini stranieri si deve tener conto delle loro difficoltà linguistiche e delle differenze culturali"* e si prevede la figura del mediatore culturale che interviene *"anche attraverso convenzioni con gli enti locali o con organizzazioni di volontariato"* e *"per poter disporre inter-*

venti trattamentali spendibili nei paesi di origine dei condannati"). La visita medica di primo ingresso in carcere svolta in condizioni di non scambio verbale per non conoscenza della lingua e l'incertezza dei dati anamnestici e delle ipotesi diagnostiche sull'effettivo stato di salute, determina una generale sottostima dei problemi di salute effettivamente rilevabili o presenti. L'ordinamento penitenziario prevede inoltre una attenzione particolare a tutti i rapporti con i nuclei familiari di origine (art. 15, art. 18, art. 28, art. 30 ter, art. 45; del pari anche Regolamento Penitenziario (DPR. 230/2000) prevede norme specifiche (art. 1, art. 61, ecc.). Purtroppo anche a fronte della rilevanza di queste previsioni, la loro attuazione risulta infrequente anche per la necessità di un interprete anche per le comunicazioni telefoniche (art. 39 R.E.). La cronica carenza di fondi non agevola l'assunzione di traduttori e mediatori culturali. Il rapporto con le autorità diplomatiche dei paesi di origine non sempre risulta agevole anche per lo scarso interesse per i contatti con concittadini coinvolti nella giustizia criminale.

Il Caso Clinico

Paziente di anni 47 e di nazionalità cinese, separato con un figlio ventenne, prove-

niente da una provincia del sud est della Cina, irregolarmente immigrato ed impiegato nel settore tessile di una importante cittadina della regione Toscana con nessuna conoscenza linguistica diversa dalla propria di origine. Nel 2002 è arrestato per concorso in un omicidio assieme ad un connazionale. In questa occasione gli viene attribuito il possesso di un coltello come arma di delitto, ma che lui asserisce di non aver usato, anzi era lontano dal luogo dei fatti. L'omicida sarebbe il suo presunto complice che non lo scagiona. Tutta questa narrazione in aula è mediata da un traduttore cinese che verso la fine del processo, avendo appreso che non sarebbe stato retribuito, abbandona l'aula ed il dibattimento si conclude con una condanna a 9 anni di reclusione. Non viene presentato appello in quanto l'avvocato d'ufficio non ritiene che ne esistano le precondizioni. Dopo circa sei mesi di permanenza in un primo carcere e poi in un secondo, inizia a manifestare stati di agitazione, logorrea afinalistica ed incomprensibile, alterazione del ritmo sonno-veglia, apparente disorientamento temporo-spaziale. Nonostante la completa impossibilità alla comunicazione, viene prescritta una terapia a base di benzodiazepine che hanno un effetto apparentemente positivo. Si riscontra diabete mellito NID trattato con biguanidi. Dopo circa un anno dall'incarcerazione, persistendo la sintomatologia psichiatrica (?), è trasferito dapprima in osservazione (ex art. 111 R.E), poi come internato in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario, dove continua ad essere trattato con farmaci psicoattivi che sono modificati nel tempo. Lo psichiatra di turno riporta in tutte le visite che non è possibile valutare variazioni dello status psichiatrico in quanto l'internato non comunica con il terapeuta. Dall'esame del diario clinico non appare nessun intervento di mediatore o traduttore; sol-

tanto in due occasioni un altro detenuto cinese ha collaborato alla traduzione. Il consulente psichiatra nella sua relazione (2006) così conclude: "Poiché il paziente si esprime solo in cinese, non è mai stato possibile esplorare bene le sue problematiche e trarre conferma ...si alimenta, riposa e pratica regolarmente le terapie prescritte, si relaziona poco con gli altri detenuti e non esce alle ore di passeggio" (clorpromazina cloridrato: XXXX gtt h. 20.00, lorazepam: 2,5 mg ore 20.00, aloperidolo: X gtt x 2/die ore 8.00 e ore 16.00). La diagnosi posta è stata: *'Disturbi ideativi di tipo persecutorio e di riferimento con percezione di fenomenologia dispercettiva'*. A distanza di circa tre anni dalla carcerazione inizia ad essere riportato *'mutacismo perseverante'*. Dopo cinque anni di internamento viene disposto l'art. 112 O.P. che prevede il riconoscimento di una *'minorazione psichica'* e pertanto è inviato presso lo specifico reparto dove si avvia una nuova valutazione dell'assetto psichiatrico con le stesse difficoltà già riscontrate in precedenza. Dopo i primi due mesi di tentativi di capire se la non comunicazione era solo una problematica linguistica, una precisa volontà o l'epifenomeno di una patologia psichiatrica, si attivano le autorità diplomatiche del paese di origine che intervengono a mediare il rapporto di traduzione con lo psichiatra che conferma una grave patologia psichiatrica e con l'internista per le altre patologie. Seguono numerosi colloqui in questo modo ed alla presenza dell'équipe trattamentale. Un elemento di conferma del disagio psichico, ma anche dello stato di grave indigenza è il raffronto con le foto segnaletiche dell'entrata in carcere e l'abbigliamento attuale che non differivano. La diagnosi in uscita dal carcere è *'Disturbo paranoideo con idee deliranti di persecuzione con interpretazioni deliranti della realtà aggravato dallo scarso livello culturale'*; tera-

pia: aloperidolo: XX gtt x 2/die, orfenadrina cloridrato: 1cp x 2/die, diazepam: X gtt x 2/die. Gli viene consegnato un set di abiti attraverso una associazione di settore, gli è consegnato un orologio. Nel mese di marzo 2012 viene scarcerato per fine pena e condotto al CIE dove soggiorna per altri due mesi prima di essere rimpatriato in Cina e dove abbiamo avuto garanzie di una pronta presa in carico medica all'arrivo.

Conclusioni

La coesistenza della scarsità di mezzi di sostentamento e finanziari, la nulla o scarsa conoscenza della lingua italiana, la coesistenza di problematiche sanitarie di tipo psichiatrico, favoriscono l'applicazione di

misure penali severe e impediscono, di fatto, una reale difesa con il rispetto dei tempi di ricorso, la comprensione degli atti di imputazione e dei relativi documenti. Un più severo controllo giudiziario sul rispetto dei diritti della difesa e dell'imputato, l'obbligo di una diagnosi codificata (ICD - X), il sostegno continuo di un mediatore culturale specificatamente preparato all'approccio del malato psichiatrico, possono offrire, sia in fase dibattimentale che penitenziaria e post-rilascio, il rispetto dei diritti giudiziari basilari, specialmente in carcere.

*Contatto: Sandro Libianchi
(sandrolibianchi@hotmail.com)*

Per una deistituzionalizzazione dell'accoglienza ai migranti

Giuseppe Cardamone¹, Sergio Zorzetto²

¹ Dipartimento di Salute mentale Azienda USL 9 Grosseto

² Ce.R.I.S.C. - Centro Ricerche e Interventi nei Sistemi Complessi

In questo intervento si cercherà di mettere a frutto il patrimonio di prassi e conoscenze sviluppate nell'ambito dei servizi pubblici di salute mentale italiani, al fine di proporre un'analisi di quanto sta attualmente avvenendo rispetto all'accoglienza dei migranti ed alla tutela della loro salute.

A partire dalla riforma psichiatrica avviata dalla 180, tale patrimonio si è strutturato sul concetto di deistituzionalizzazione che appare tanto più pregnante, quanto più le politiche nazionali ed internazionali sull'immigrazione ricevono un'analisi a partire dalla figura agambeniana del "campo", come spazio di trattenimento al cui interno il potere sovrano decide lo stato d'eccezione (per una sintetica analisi di questo dibattito cfr. Ravenda, 2011).

L'istituzione totale esercita una "forza" sociale (Goffman, 2001) sugli individui su cui si abbatte, producendo una loro trasformazione, più o meno profonda. L'analisi del sociologo canadese ne ha messo in evidenza la pluralità di articolazioni che, dal momento del "reclutamento", determinano una peculiare "carriera morale" dell'internato. L'istituzione totale si pone pertanto come attore della società in contrapposizione con i gruppi sociali primari (l'autore cita in particolare la famiglia). A partire dal distacco da tali gruppi, si avvia un'azione di controllo e giudizio sulla persona, di sanzione e di premio, che priva

l'individuo della propria autonomia nella definizione dei suoi obiettivi e bisogni e nella scelta dei modi per raggiungerli. Goffman evidenzia quattro possibili posizionamenti "puri" rispetto all'azione dell'istituzione totale: il "ritiro dalla situazione", la "linea intransigente", la "colonizzazione" e la "conversione". Nel primo posizionamento, la persona ritira la propria partecipazione dal contesto ed il proprio coinvolgimento in ciò che su succede a lui ed intorno a lui, con un ripiegamento tenace su sé e sul proprio corpo. Nel secondo, spesso di non lunga durata, la persona mostra recalcitranza verso l'istituzione e le sue regole, con comportamenti di sfida e rifiuto della cooperazione o comunque dell'adeguamento alle norme esplicite o implicite. Nel terzo, la colonizzazione, sforzandosi di rimanere in qualche modo se stessa e cercando di conservare spazi pur limitati di libertà, la persona arriva a fare dell'istituzione il proprio mondo. Quello esterno viene, per così dire, abbandonato in favore di quello interno, a questo punto considerato come maggiormente desiderabile. Infine, nella "conversione", la persona finisce con l'assumere in prima persona il giudizio che l'istituzione ha di lei e per adottarne atteggiamenti e finalità, spesso in modi fin troppo zelanti.

Se questi sono i modi di adattamento in qualche modo ideali ed analitici, nella realtà empirica la persona adotterà una

loro peculiare combinazione, e cioè “una sorta di opportunistica combinazione di adattamenti secondari, conversione, colonizzazione, e senso di lealtà al gruppo, così che l'internato si trova a disporre – in particolari circostanze – del massimo di opportunità per poter uscirne fisicamente e psicologicamente indenne” (Goffman, 2001).

La dimensione istituzionale configura pertanto l'applicazione di un *progetto* sulla persona al di là dei suoi obiettivi formali (cura, pena, ecc), di cui è possibile evidenziare gli elementi costituenti: le apparecchiature tecniche che utilizza (spazi peculiari, apparati strumentali, regole e norme, ecc.), le teorie esplicite ed implicite che la informano, i saperi formali ed informali che ne guidano l'azione, le finalità dichiarate e quelle tacite, le connessioni con il resto dell'organizzazione sociale. Si tratta in ultima analisi di un progetto di trasformazione più o meno coercitiva, in funzione dei modi di esercizio del potere e del grado di “totalizzazione” della vita della persona. Ad esso la persona risponde, nell'analisi più sopra sintetizzata, in modi cangianti e sfaccettati ed è in grado di “resistere” in funzione della forza delle sue convinzioni politiche o religiose (cfr. Goffman, 2001) e della pregnanza che i suoi gruppi sociali di riferimento riescono a conservare.

Nella postfazione ad *Asylums* di Goffman, Franco e Franca Basaglia (2001) istituiscono un paragone fra il folle ed il “negro” della società statunitense, al fine di commentare i processi di esclusione messi in evidenza dall'autore: in particolare, la loro capacità di definire la natura dei propri bersagli, al fine di giustificare se stessi insieme alle istituzioni (totali o meno) che si fanno carico di istituire la differenza discriminante e riprodurla.

Il paragone, all'epoca, permetteva di

evidenziare una violenza istituzionale (verso il folle) che faceva ancora fatica a farsi riconoscere come tale nella coscienza collettiva (oltre che in quella strettamente scientifica), attraverso l'accostamento con una violenza discriminatoria patente (quella razziale e segregazionista).

A quella dell'ingiustizia si affiancava poi una critica epistemologica, poiché in un caso come nell'altro la comprensione della natura del bersaglio (il folle, il “negro”...) si trovava obliterata, essendo la fenomenologia di quell'esistenza completamente eterodeterminata dall'azione dei dispositivi che su di essa si abbattevano: “Che il negro sia negro è indiscutibile, così com'è indiscutibile che esistano le malattie mentali, anche se gli psichiatri in realtà non conoscono nulla sulla loro natura. Ma ciò che ha fatto il negro quello che è stato finora, ha poca relazione con il suo essere nero; così come ciò che ha dato al malato mentale la faccia che tuttora ha, ha poco a che fare con la malattia. L'esclusione – come fatto sociale – di cui il negro è oggetto in una società razzista che ha bisogno di sfruttarlo per sopravvivere, è ciò che determina il negro come inferiore e selvaggio; come l'esclusione (come fatto sociale) di cui il malato mentale è oggetto nella nostra società, è ciò che lo determina come inferiore e pericoloso” (Basaglia e Basaglia, 2001: p. 161).

La critica all'istituzione (ed all'esclusione che essa realizza) è dunque contemporaneamente principio etico, politico ed epistemologico che è riuscito ad accomunare, almeno nel breve-medio periodo, tecnici della salute mentale, politici, amministratori, opinione pubblica e – tendenzialmente – gli stessi destinatari dell'azione psichiatrica.

Come gli stessi coniugi Basaglia mettono in evidenza, questo principio richiama la necessità di un cambiamento radicale

rispetto al posizionamento del malato nella relazione di cura, capace di sottrarlo dal potere deumanizzante dell'istituzione (più o meno totale) e di restituirgli il diritto ad una vita nella *polis*.

Tutto ciò si è tradotto nella lotta ai manicomi e per un'organizzazione dei servizi psicologico-psichiatrici operanti nella comunità.

Il limite di questa operazione è stato forse quello di non attaccare il nucleo forte della psichiatria maturato nell'alveo manicomiale, e cioè il diritto al possesso dell'unica parola di verità sulla follia capace di lasciare il soggetto isolato e muto di fronte alla scienza (Foucault, 2003). Sebbene i cambiamenti negli spazi della cura e degli attori della cura (cfr. Cardamone e Zorzetto, 2000) abbiano permesso l'elaborazione di strategie di presa in carico capaci di insediarsi nel territorio, di allargarsi alla comunità ed includere il tema dei diritti di cittadinanza del folle, ed in tal modo abbiano consentito di attenuare la presa del clinico e della scienza sul malato, tutto ciò non ha revocato alla psichiatria il diritto alla parola ultima e "vera". Diritto che si è andato tanto più riaffermando, quanto la spinta al rinnovamento politico, ideologico e teorico è andata viepiù scemando con il passare del tempo.

Da questo punto di vista, l'etnopsichiatria per come si è cercato di interpretarla (Inglese e Cardamone, 2011) ha rappresentato uno strumento teorico e tecnico per continuare l'azione deistituzionalizzante, attraverso la scelta metodologica di non isolare la persona dai suoi gruppi di appartenenza e dai suoi attaccamenti (Nathan, 2003) e di interagire con essa in quanto rappresentante di un mondo ed esperto di esso. In questa scelta è inoltre implicita una conseguenza: accettare di far entrare nel setting clinico le visioni della malattia proprie del paziente ed i relativi

sistemi di cura, non come mere credenze (Devereux, 1984; Nathan, 1996), ha significato sottrarre il soggetto da un confronto solitario con la scienza; non ritirandosi dal confronto, ma moltiplicando le parole di "verità" esprimibili sulla sua sofferenza.

Se i coniugi Basaglia hanno potuto accostare il folle al "negro" per sottolineare l'esclusione segregazionista verso cui andava incontro l'internato nei manicomi, è possibile oggi accostare il migrante al folle per sottolineare i rischi dell'istituzionalizzazione dell'accoglienza che verso di esso viene organizzata. Questa infatti si configura sempre più, a livello internazionale, come trattenimento del migrante all'interno di specifiche strutture (Agier, 2009).

In Italia, si può declinare un continuum di simili strutture che dal carcere conduce alle strutture di accoglienza del Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati, passando per i Centri di Identificazione ed Espulsione (già Centri di Permanenza Temporanea), i Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo, i Centri di Accoglienza, i Centri Polifunzionali, le variegate strutture allestite per rispondere alla cosiddetta Emergenza Nord-Africa e le strutture per minori stranieri non accompagnati.

Si tratta evidentemente di tipologie di strutture molto diverse per finalità, organizzazione e gestione degli spazi interni, regolazione dei rapporti con quelli esterni e modi di operare. Del resto, molte di esse non sono istituzioni totali. Anzi, alcune di esse si caratterizzano per la ricerca di piccole dimensioni e di forti connessioni con il territorio e con le sue risorse sociali.

Da questo punto di vista, occorre mantenere una differenza fra le diverse strutture, sostenere quelle esperienze capaci di agire in senso deistituzionalizzante e contrastare quelle che riproducono processi di esclusione e finanche di segregazione spaziale.

Tuttavia, le suddette strutture sembrano finire per costituire una rete interconnessa di cui occorre sottolineare la dimensione istituzionale complessiva che si viene a creare. Da una parte, tutto ciò produce una confusione fra i ruoli di controllo e di aiuto. Dall'altra, è possibile ravvisare una somiglianza fra i posizionamenti degli internati rispetto alle strutture manicomiali – evidenziati da Goffman – e quelli dei migranti nei confronti non solo delle strutture di trattenimento, ma anche di quelle di accoglienza. Ancora una volta, si tratta di riconoscere la matrice di tali posizionamenti non nella natura delle persone inserite nella dimensione istituzionale, ma nella risposta del soggetto al progetto che la dimensione istituzionale gli riserva. Questo anche nei casi di strutture deputate a garantire un suo diritto (ad es., alla protezione).

Occorre dunque interrogarsi sulla natura di tale progetto e sulla violenza insita nella richiesta (o imposizione) istituzionale di lasciarsi trasformare.

Bibliografia

Agier M., "Le camp comme limite et comme espace politique", in Kobelinsky C, Makermi C. (a cura di), *Enfermés dehors. Enquêtes sur*

- le confinement des étrangers*, Editions du Croquant, Broissieux, 2009.
- Basaglia F., Basaglia F., "Postfazione", in Goffman E., 2001, op. cit.
- Cardamone G., Zorzetto S., *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Devereux G., *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1984 [ed. orig. 1967].
- Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Gallimard Seuil, Paris, 2003.
- Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Edizioni di Comunità, Torino, 2001.
- Inglese S., Cardamone G. (a cura di), *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Colibrì, Paderno Dugnano (MI), 2011.
- Nathan T., "Manifesto per una psicopatologia scientifica", in Nathan T., Stengers I., *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, 1996.
- Nathan T., *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Ravenda A.F., *Alì fuori dalla legge. Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia*, Ombre Corte, Verona, 2011.

Contatto: Giuseppe Cardamone
(cardamone@ala.it)

CIE: malattia di sistema

Giuppa Cassarà

Ospedale S. Raffaele Giglio di Cefalù

Per definizione del Ministero degli Interni, i Centri di identificazione ed espulsione (CIE) sono gli ex 'Centri di permanenza temporanea ed assistenza': strutture destinate al trattenimento, convalidato dal giudice di pace, degli stranieri extracomunitari irregolari e destinati all'espulsione.

Questi Centri sono utilizzati come luogo di transito di coloro che hanno scontato lunghe pene detentive in carcere e che non sono ancora identificati. Quindi, in realtà, questa diventa una sanzione ulteriore, che si aggiunge alla pena già scontata.

Ogni anno entrano in carcere circa dodicimila migranti colpevoli solo di aver violato la legge Bossi Fini sull'immigrazione, reato punito con la reclusione da uno a quattro anni. In tempi di crisi economica, tantissime persone stanno diventando irregolari, in relazione al fatto che i requisiti per il rinnovo del permesso di soggiorno sono subordinati esclusivamente ad un contratto di lavoro.

Mentre Lampedusa rimane "porto non sicuro" accogliendo solo poche centinaia di migranti dal luglio 2012, tutta la costa meridionale della nostra penisola e tutta la costa siciliana con le sue isole sud occidentali hanno visto, in modo continuativo durante tutto l'anno, sbarcare clandestinamente gruppi di migranti provenienti prevalentemente dal Maghreb.

Tutto questo sta rendendo di nuovo esplosiva la situazione dei Centri, con

piena violazione dei diritti fondamentali: il diritto d'asilo, il diritto alla difesa, il diritto alla salute. Insomma, parlando di CIE, ci riferiamo a luoghi che qualcuno con grande fantasia e ipocrisia chiama Centri di Accoglienza e che più realisticamente vanno considerati come veri e propri centri di detenzione.

Il 14 luglio 2011 il Senato ha convertito in legge il decreto rimpatri (Decreto-Legge n. 89 del 23 giugno 2011, convertito in legge n. 129/2011) estendendo il limite massimo della detenzione amministrativa dei migranti irregolari nei CIE da 6 a 18 mesi: una detenzione non giustificata da alcun reato, bensì dallo status personale dei migranti individuati come bersaglio verso cui canalizzare le paure sociali.

Le conseguenze legate all'allungamento dei tempi di permanenza nei CIE hanno già rivelato effetti devastanti sulla salute fisica e mentale dei migranti soprattutto in quei centri dove le condizioni di detenzione risultano intollerabili, come riscontrato dalle poche ONG che hanno avuto modo di entrare nei centri.

Ciò che avviene dentro questi "luoghi-non luoghi" è una privazione esistenziale e giuridica dei migranti: la libertà personale degli stranieri irregolari è particolarmente ristretta in quanto spesso non si ha la possibilità di contattare un interprete né un avvocato né possibilità di comunicazione con l'esterno.

Anche i CARA (centri di accoglienza per i richiedenti asilo) rappresentano una differente forma di reclusione, fatta da "nulla" spazio- temporale : qui i migranti trascorrono infiniti mesi di attesa a causa di procedure di identificazione troppo lunghe e lente, generalmente lontani da città che offrirebbero migliori servizi di assistenza socio sanitaria trans-culturale.

Gli operatori delle poche ONG che ottengono il permesso di entrare nei CIE non sempre possono entrare nei settori in cui i migranti vengono reclusi ed i colloqui con medici, avvocati e mediatori avvengono frequentemente attraverso le sbarre , sotto il sole cocente , senza la possibilità di ritagliare un momento ed uno spazio di privacy . Le preoccupazioni che emergono dai colloqui con i migranti reclusi da mesi in questi centri sono sempre le stesse indipendentemente da provenienza , storia e percorso migratorio: l'incertezza e la paura sono esasperate da mesi di attesa opprimente ed incomprensibile, non sostenuta da alcuna notizia sull'andamento del procedimento giudiziario o amministrativo. Molti dei detenuti non hanno con sé alcun documento che notifichi il loro trattenimento ed hanno incontrato il legale loro assegnato solo al momento dell'arresto.

Un'attesa di giudizio per colpe non commesse che rimanda ad atmosfere da incubo kafkiane. Un'attesa insostenibile per chi ha lottato tanto per garantirsi una nuova possibilità di vita; pertanto i tentativi di fuga sono frequentissimi. Tentativi spesso fallimentari tanto che molti detenuti lamentano di essere stati malmenati dalle forze dell'ordine durante le operazioni anti sommossa all'interno dei centri.

I reclusi nei CIE denunciano condizioni di vita estremamente peggiori rispetto al carcere e maltrattamenti che restano impuniti.

L'art. 13 terzo comma della Costituzione

Italiana sancisce il divieto di qualsiasi violenza fisica o psichica sulle persone sottoposte a restrizione di libertà, ma purtroppo le segnalazioni agenzie umanitarie internazionali, il monito della Commissione ministeriale de Mistura 2007, i numerosi processi in corso e note indagini giornalistiche denunciano che tale divieto sembra non avere alcun valore nei CIE.

L'impunità dei maltrattamenti all'interno dei CIE è legata a diversi fattori:

- Limitazioni alla possibilità di comunicare con l'esterno da parte dei reclusi.
- Trasferimenti improvvisi da un centro all'altro con interruzione dei contatti tra immigrati e difensori di fiducia.
- Il timore di ritorsioni.
- La mancanza di reato di tortura nel nostro ordinamento.

Da un punto di vista clinico, la detenzione nei CIE rappresenta troppo frequentemente un momento di totale interruzione di percorsi terapeutici già intrapresi "fuori", in strutture sanitarie dedicate alla delicata relazione terapeutica transculturale.

Difficilmente si instaura spontaneamente tra operatori sanitari dentro e fuori le strutture detentive una sinergia tale da permettere una continuità terapeutica efficace per gli stranieri così come avviene per gli italiani detenuti nelle carceri.

In caso di violazione dei diritti umani, i primi ad essere chiamati in causa sarebbero proprio i medici, ma purtroppo la compiacenza e la paura nei confronti di questo "sistema" tiene troppo spesso anche i sanitari in un silenzio omertoso, non temendo ritorsioni legali da parte di chi viene considerato "senza diritti", come i migranti detenuti senza permesso di soggiorno.

Non esistono concorsi pubblici per le assunzioni di personale all'interno dei CIE e, alla luce dell'esperienza avuta durante le

docenze in corsi di formazione per operatori dei centri, gli operatori sanitari non vengono selezionati per competenze specifiche in campo trans-culturale, ma solo per "chiamata diretta" da parte delle cooperative che gestiscono i centri. I medici vengono assunti con contratti a tempo determinato e con stipendi spesso molto remunerativi e allettanti.

Sempre più frequenti i decreti di espulsione che vedono protagonisti sieropositivi HIV o malati di AIDS e di donne sieropositive arrestate, in quanto irregolari e dedicate alla prostituzione.

La negazione di un corretto follow-up clinico e della terapia anti-retrovirale, che si configura con il provvedimento di espulsione, costituisce un pericoloso atteggiamento che mette a repentaglio la vita di queste persone e, in ultima analisi, nega ragioni umanitarie che possono essere invocate per la permanenza in Italia.

Tali limitazioni stanno producendo conseguenze molto gravi in termini di tutela della salute individuale e collettiva, in particolare per coloro che necessitano di cure essenziali anche a carattere continuativo, per patologie a carattere infettivo che non potrebbero essere adeguatamente curate nei paesi di provenienza.

I CIE possono essere considerati come l'epifenomeno di una diffusa malattia del nostro sistema socio-politico.

Si può parlare di patologia laddove una soluzione negoziale non trova sbocco e prevale la folle presunzione di una delle parti di poter eliminare la parte percepita come minacciosa e nemica.

Nell'estrema negazione dell'"altro da sé", del diverso per antonomasia, si apre la voragine della spaccatura e della malattia nella sua forma più disperata.

Secondo l'acuta analisi sociologica di Zygmunt Bauman, lo "straniero" rappresenta un incubo ossessivo per la nostra socie-

tà, in quanto semina incertezza nel progetto di costruzione di un ordine armonioso e razionale.

La guerra contro lo straniero viene combattuta alternativamente attraverso due strategie (Levi Strauss): quella *antropofagica* che consiste nell'annullare gli stranieri assimilandoli (ossia rendendo simile il dissimile) e quella *antropoemica* che consiste nell'espulsione degli stranieri al di fuori dei limiti del mondo ordinato.

Confinare gli stranieri all'interno di ghetti ben visibili (o peggio dietro gli invisibili divieti di condivisione) ed espellerli oltre le frontiere del territorio amministrato, sono strategie di stampo nazionalista/razzista.

Gli stranieri vengono considerati come una anomalia da correggere e la loro presenza viene determinata a priori come temporanea.

Il nuovo disordine mondiale, la deregulation, l'indebolimento delle relazioni e delle reti sociali e familiari hanno determinato un clima di *assedio della paura*, in una condizione di incertezza permanente e irresolubile. Il risentimento nei confronti degli stranieri cresce relativamente alla mancanza di potere e diminuisce in rapporto alla crescita di libertà: meno gli individui sono in grado di controllare le proprie vite e la propria identità, più percepiscono gli stranieri come pericolosi e opprimenti.

La "differenza" è considerata come un dono e un privilegio per coloro che godono di buone condizioni economiche e culturali e adottano atteggiamenti ispirati alla flessibilità e all'apertura.

Come per il turista, per coloro che se lo possono permettere, gli stranieri rappresentano gli approvvigionatori di esperienze gradevoli che interrompono la monotonia della vita nella nostra società, ma solo nell'arco di tempo richiesto.

Per coloro che invece sperimentano il mondo come una trappola, imprigionati in un territorio senza via d'uscita, lo straniero rappresenta il riflesso della loro mancanza di potere e genera razzismo. Il debole si scontra contro l'altro debole, accumulando collera e paura. La rabbia e il risentimento dei deboli attrae i predatori di caccia al potere, che adoperano la "paura dello straniero" come ingrediente per cementare le fondamenta del proprio potere personale, focalizzando l'avversione per l'incertezza su diverse categorie di stranieri (immigrati, nomadi, vagabondi, etc).

Lo straniero è detestato e temuto: *"ce ne sono troppi: non tanto nei cantieri in costruzione o nelle fabbriche e neppure nelle stalle o nelle cucine, ma nel tempo libero. Specialmente la domenica, improvvisamente, ce ne sono troppi"* (Marx Frisch nel suo arguto saggio *Foreignization*). Come metteva in evidenza *Abdelmalek Sayad, l'immigrato rappresenta uno straordinario dispositivo capace di far venire allo scoperto l'inconscio delle nostre società dominanti: - il lavoro è la sola ragion d'essere riconosciuta all'immigrato. L'ideale sarebbe che il migrante fosse una pura macchina assegnata al "mercato del lavoro per gli immigrati" per cui tutto ciò che ha a che fare con la dimensione umana del migrante viene affrontato in modo frettoloso e sbrigativo chiamando in causa lo stato d'emergenza.*

La società post moderna ha incrementato di molto il volume della libertà individuale ma la redistribuisce in modo fortemente polarizzato così come il reddito, la

ricchezza, le aspettative e condizioni di vita e lo stesso diritto alla individualità.

Esiste un'opportunità di emancipazione nella postmodernità: la possibilità di sospendere gli scontri di frontiera per tenere lontani gli stranieri e mettere da parte i piccoli muri di Berlino eretti continuamente per mantenere distanze e separazioni.

La possibilità di una sana convivenza umana sembra dipendere proprio dai diritti dello straniero. Il "diritto umano" non può essere un prodotto della legislazione ma al contrario deve stabilire i limiti alle leggi, alla politica e alla forza tentando di ripensare l'idea moderna di umanesimo (Jacques Derrida).

Bibliografia

- Bartoli C. (2010), *Esilio/asilo. Donne migranti e richiedenti asilo in Sicilia*. Duepunti edizioni.
- Bartoli C. (2012), *Razzisti per legge. l'Italia che discrimina*. Editori Laterza.
- Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*. Casa editrice il Mulino.
- Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Casa editrice Carocci
- Sayad A. (1999), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina Editore
- Sayad A. (2006), *L'immigrazione o i paradossi dell'alterità. L'illusione del provvisorio*. Casa editrice Ombre corte

Contatto: Giuppa Cassarà
(giuppa3@hotmail.com)

Profughi dal Nord-Africa: è stata vera emergenza?

Oliviero Forti

Ufficio Immigrazione Caritas Italiana

La riflessione che segue è il frutto del lavoro che Caritas Italiana, congiuntamente alla rete delle Caritas diocesane, ha portato avanti nel corso del 2011-2012, in concomitanza degli eventi che hanno ridisegnato la geografia dell'intera area mediterranea. La primavera araba, che nei fatti è stata una vera e propria rivoluzione, sia sul piano politico che sociale ed economico, ha fortemente sollecitato il bacino del Mediterraneo con l'inevitabile coinvolgimento dei paesi della sponda nord, fra cui l'Italia. In questo quadro, l'opera dei maggiori enti di tutela, fra cui la Caritas, è apparsa da subito necessaria e indifferibile, con particolare riferimento all'accoglienza delle migliaia di "profughi" che hanno raggiunto le nostre coste.

Infatti, dalla fine del mese di gennaio 2011, a seguito delle rivolte popolari che hanno interessato alcune aree del Nord Africa, l'isola di Lampedusa ha vissuto una situazione di forte afflusso di migranti, prima dalla Tunisia, di nazionalità tunisina, poi dalla Libia, di nazionalità mista, in prevalenza sub sahariana. In poco più di un anno sono sbarcate a Lampedusa oltre 58 mila persone, una media di 1.500 ogni settimana nel periodo gennaio-settembre. Molti altri sarebbero giunti se il Mediterraneo non li avesse inghiottiti. I morti in mare, nel canale di Sicilia, in un anno hanno raggiunto numeri da vera e propria ecatombe: oltre 1.700 vittime, 239 al mese,

8 morti al giorno, uno ogni 3 ore. Rispetto alla rotta Libica, i morti accertati sono uno ogni 17 migranti giunti a Lampedusa, senza considerare tutti i naufragi di cui non si sa nulla.

L'isola ha vissuto momenti particolarmente drammatici durante la fine di febbraio ed il mese di marzo 2011, quando a Lampedusa si registrava la presenza di oltre 6.000 tunisini, in prevalenza migranti economici, molti giovanissimi, giunti principalmente sull'onda dell'entusiasmo che aveva travolto il loro paese in seguito alle rivolte di piazza. Per la maggior parte dei migranti l'obiettivo era quello di raggiungere la Francia, il Belgio, la Germania dove potevano contare su reti familiari o amicali.

Dopo un periodo di empassé istituzionale, dettato sostanzialmente da ragioni di politica interna, il Governo italiano ha deciso di concedere ai tunisini giunti entro le ore 24 del 5 aprile 2011, un permesso temporaneo valevole per sei mesi sulla base dei presupposti dell'art. 20 T.U. immigrazione (misure eccezionali in caso di emergenza). Dalla fine di marzo, quindi, è iniziato il trasferimento di questi migranti da Lampedusa, attraverso delle navi dirette in vari porti d'Italia, con l'intento non dichiarato che andassero poi spontaneamente in Francia.

Gli enti di tutela italiani, coinvolti nell'accoglienza dei migranti, hanno visto nel corso di questi due anni accrescere il loro

impegno. Sin dall'inizio, infatti, quando sono cominciati gli arrivi dalla Tunisia, dopo una prima fase di incertezza, le istituzioni hanno richiesto proprio alle suddette organizzazioni la messa a disposizione di una serie di accoglienze/servizi.

Quando, nel frattempo, è scoppiato il conflitto in Libia, comunicati stampa, dichiarazioni e note del Ministero dell'Interno sottolineavano che sarebbero arrivati i "profughi" da quel paese e che si rendeva perciò necessario attivare un'accoglienza in qualche modo più qualificata di quella offerta ai cittadini tunisini e diffusa sul territorio nazionale¹.

Nelle varie strutture che avevano dato la disponibilità (tra cui le Caritas diocesane che a fine luglio 2012 avevano ancora circa 3.000 persone in accoglienza) sono cominciati a giungere i migranti che sbarcavano a Lampedusa, provenienti dalla Libia. Contemporaneamente tra gli enti e i soggetti attuatori regionali della Protezione Civile Nazionale sono state siglate le convenzioni per la gestione dei servizi a favore dei migranti.

Pur nella estrema eterogeneità di tali convenzioni, la grande maggioranza di queste prevedevano comunque servizi ulteriori rispetto al semplice vitto e alloggio, come la mediazione culturale, l'orientamento legale e linguistico, definiti "servizi aggiuntivi alla persona", sulla falsariga di quelli previsti nei capitolati per la gestione dei CARA.

Se questo è stato l'intervento realizzato sul fronte dell'accoglienza, su quello dello status legale da attribuire alle persone accolte, invece, non è stato adottato dal Governo alcun provvedimento formale che stabilisse la procedura da seguire; pertanto, in assenza di specifiche previsioni, le istituzioni coinvolte hanno ritenuto di considerare tutti i migranti come richiedenti la protezione internazionale, immettendoli

nel relativo procedimento innanzi alle Commissioni territoriali.

Tuttavia dalla Libia non sono giunti, come si pensava, cittadini in fuga dal regime di Gheddafi. Sin dai primi arrivi su Lampedusa, si è notato che, oltre a potenziali titolari di protezione internazionale come eritrei, somali, fuggiti tempo prima dai loro paesi e rimasti bloccati in territorio libico, arrivavano anche molti cittadini del Bangladesh, Mali, Nigeria, Pakistan, che vivevano e lavoravano in Libia da anni, talora con le famiglie al seguito.

Tutti i migranti giunti dalla Libia sono stati, dunque, immessi nella procedura davanti alle Commissioni territoriali, ma in almeno il 60% dei casi (che è arrivato all'80-100% per alcune nazionalità) hanno ricevuto un diniego alla propria istanza, non ravvisandosi nei loro confronti la sussistenza dei presupposti per il riconoscimento dello status di rifugiato o protetto sussidiario, in quanto cittadini di paesi considerati per lo più sicuri.

Questo ha determinato una situazione di grave incertezza sui territori in quanto le persone accolte o sono cadute nell'irregolarità o sono state costrette a proporre ricorso avverso il diniego per rimanere in accoglienza (rif. Circolare Commissario Delegato per l'emergenza n. 4393 del 23/8/2011). Peraltro, il definitivo rigetto della istanza relativa a queste persone ha messo in discussione i percorsi di accompagnamento individuale e collettivo realizzati nell'accoglienza, grazie ai quali sui territori sono state certamente ridotte le problematiche di ordine pubblico che si sarebbero innescate qualora i migranti fossero stati abbandonati ai loro destini.

Il caso dei Minori Stranieri Non Accompanyati

Sul fronte dei MSNA si è dovuto attendere il mese di maggio 2011, ovvero molte

settimane dopo l'inizio della cosiddetta "emergenza Nord-Africana", per avere un provvedimento del Governo volto ad affrontare la situazione dei minori stranieri non accompagnati giunti fino a quel momento a Lampedusa. Un lungo periodo durante il quale l'accoglienza è avvenuta in maniera assolutamente improvvisata e al di fuori di ogni garanzia prevista dall'ordinamento nazionale e internazionale. Le poche strutture presenti sull'isola, peraltro non assolutamente adeguate agli standard di legge, hanno funzionato ad intermittenza e in modo discontinuo. Un esempio fra tutti è stata la Casa della fraternità, edificio di proprietà della parrocchia messo a disposizione della Prefettura, che è arrivata ad accogliere in condizioni di promiscuità oltre 100 minori. Nelle poche settimane in cui ha funzionato come centro di accoglienza si sono registrati eventi drammatici il cui epilogo è stato, purtroppo, l'incendio della struttura e il suo conseguente inutilizzo.

Con il decreto del 18 maggio 2011, il Commissario delegato alla Protezione Civile, Prefetto Franco Gabrielli, ha adottato provvedimenti straordinari per assicurare l'accoglienza di centinaia di minori soli che erano giunti in Italia e si trovavano ancora a Lampedusa. Il decreto prevedeva una procedura innovativa per il collocamento presso il Ministero del Lavoro di una cabina di regia per la gestione di un sistema di strutture ponte, dislocate su tutto il territorio nazionale, finalizzate all'accoglienza di minori stranieri non accompagnati. Un sistema, quindi, complementare a quello ordinario delle case famiglia.

I motivi per cui si è dovuti giungere ad un provvedimento di carattere emergenziale (che nella sostanza derogava alle previsioni di legge in materia di accoglienza e protezione dei MSNA soprattutto con rife-

ramento al numero di minori ospitati all'interno di ogni singola struttura) si ritrovano nella cronaca di quei mesi in cui Lampedusa è diventata un inferno per molti giovani e bambini giunti dalla Tunisia e dalla Libia.

Il 16 giugno, ad un mese dal provvedimento su citato, risultavano infatti presenti sull'isola ancora più di trecento minori stranieri non accompagnati di età compresa tra i 14 ed i 17 anni. Alcuni, già identificati, erano alloggiati presso l'ex base militare Loran, classificata nel sito del Ministero degli Interni come CIE (Centro di Identificazione e Espulsione), ma di fatto considerata ormai un'appendice del CPSA (Centro di Primo Soccorso e Accoglienza), che a sua volta funzionava come un centro chiuso, inaccessibile persino agli avvocati. A causa della limitata capacità della base Loran, altri minori erano trattenuti presso il succitato CPSA di Contrada Imbriacola dove erano ospitate anche persone adulte. Dunque una condizione di promiscuità inaccettabile, soprattutto se protratta nel tempo e in assenza di garanzie per i minori accolti. Peraltro nella base Loran, in particolare, le condizioni igienico sanitarie erano al di sotto di ogni standard accettabile. La carenza dell'acqua corrente e gli ambienti fatiscenti erano solo alcuni dei problemi. I giovani migranti erano costretti a muoversi in ambienti angusti tra materassi di gommapiuma sporca, logora, buttati per terra uno accanto all'altro, senza lenzuola, né tanto meno copri materasso.

Oltre al fatto che a questi minori non era data la possibilità di uscire dalla struttura, per nessuno di loro è stato nominato un tutore, come previsto dalla legge italiana, né disposta alcuna forma di affidamento².

Ad ogni modo il piano della Protezione Civile ha cercato di dare risposte attraverso un sistema che potesse, per il tramite del Ministero del Lavoro, implementare

una procedura immediata per l'accoglienza di centinaia di MSNA che non riuscivano ad essere adeguatamente collocati nell'ordinario sistema d'accoglienza ovvero nelle comunità³.

Le "strutture ponte", dunque, hanno consentito di collocare immediatamente in luogo sicuro i minori e al tempo stesso di effettuare gli approfondimenti necessari a definire, nel superiore interesse del minore, il successivo percorso di integrazione.

Il bilancio di questa esperienza è stato certamente positivo. Crediamo, infatti, che le perplessità espresse nella fase iniziale da alcuni attori istituzionali che temevano la semplice creazione di un sistema parallelo e alternativo a quello ordinario, siano state ampiamente fugate. I risultati ottenuti, in alcuni casi, sono stati al di sopra delle aspettative, dimostrando che un nuovo sistema di accoglienza per i minori stranieri non accompagnati non solo è possibile, ma forse necessario.

Alcuni nodi irrisolti

L'accoglienza dei cosiddetti profughi è stata caratterizzata da una forte frammentazione e disomogeneità. Viste le previsioni, il piano di accoglienza si è basato su soluzioni efficaci per un numero elevato e per una permanenza di poche settimane (prima accoglienza). Per questo motivo nella scelta delle strutture ci si è orientati su realtà come alberghi o ostelli, che potevano garantire vitto e alloggio, ma che spesso non avevano alcun tipo di competenza su altri servizi essenziali: assistenza legale, psicologica, formazione, inserimento sociale, gestiti spesso da soggetti privati interessati solo alla massimizzazione del profitto.

Dopo un anno e mezzo, gli accolti risultavano ancora più di 20.000, e ciò soprattutto a causa della lunghezza della proce-

dura di valutazione dell'istanza di protezione internazionale. Un'accoglienza così lunga è stata causa di criticità evidenti in assenza di percorsi di integrazione sociale mirati soprattutto all'inserimento socio lavorativo ed ad attività di formazione.

Peraltro, nonostante sia stato previsto un Gruppo di Monitoraggio delle Accoglienze, i vari casi di irregolarità nella gestione delle accoglienze sono stati rilevati spesso con forte ritardo. Oltretutto è mancato un reale meccanismo sanzionatorio ma, soprattutto, sono mancate le necessarie verifiche previe all'affidamento del servizio e la codifica di requisiti standard, che avrebbero evitato le enormi disparità di trattamento e gli abusi in alcuni casi commessi dai soggetti gestori.

Il sistema emergenziale non è riuscito a far emergere, nella presa in carico delle persone, fenomeni di sfruttamento sessuale che purtroppo si sono verificati, con conseguente assenza di tutele specifiche nei confronti delle vittime. Inoltre è emersa una scarsa consapevolezza e capacità di presa in carico delle situazioni di vulnerabilità nelle previsioni del Piano di accoglienza.

Infine, il costo economico di questa operazione è stato elevatissimo. Con la necessità di trovare una soluzione in tempi brevi, non sempre il costo è stato adeguato al servizio offerto, con una gestione più oculata si poteva forse spendere meno. Gli oneri economici gravanti sullo Stato sono stati eccessivi. Inoltre è opportuno segnalare il forte squilibrio tra la quota destinata al vitto e all'alloggio rispetto a quanto previsto per gli interventi sociali. A questi costi si sono aggiunte le somme necessarie all'impugnazione delle decisioni, ovvero gli oneri economici a carico dello Stato nella loro interezza, stante il ricorso (legittimo) al gratuito patrocinio a spese dello Stato (importo non trascurabile dato il

numero di impugnazioni). Purtroppo si sono registrati anche ritardi insopportabili nei pagamenti ai soggetti gestori, che hanno anticipato somme importanti con enormi difficoltà.

Sul fronte dello status giuridico dei "profughi" il Governo e le istituzioni coinvolte, avendo adottato una via impropria, ovvero il canale della protezione internazionale, hanno esposto queste persone ad una precarietà/incertezza sui loro destini. I lunghi periodi di attesa per le audizioni c/o la Commissione territoriale e successivamente per conoscere l'esito dell'audizione, ovvero del ricorso in caso di diniego, hanno esasperato nelle persone accolte la sensazione di precarietà, frustrando la voglia di impegnarsi nell'integrazione sul territorio italiano.

Inoltre l'allungamento dei tempi per una risposta certa e l'elevato numero di dinieghi con il conseguente elevato numero di ricorsi giudiziari hanno ulteriormente gravato sulle casse dell'amministrazione pubblica.

Da sottolineare, poi, l'assoluta inefficacia della procedura di Rimpatri Volontari Assistiti, così come prevista dal piano della Protezione Civile, in quanto non appetibile per le persone accolte che se ne sono avvalse in poche decine di casi.

In generale, dunque, il piano di accoglienza predisposto dalla Protezione Civile, pur avendo permesso in tempi relativamente rapidi di trovare una soluzione ad un afflusso eccezionale di migranti e richiedenti asilo, ha dovuto fare i conti con una serie di criticità che si sarebbero potute evitare se da subito si fosse previsto il rilascio ai cosiddetti "profughi" di un permesso di soggiorno ex art. 20 T.U. immigrazione. Ciò avrebbe favorito da subito l'alleggerimento del sistema di accoglienza ed avrebbe evitato l'intasamento del sistema giudiziario e dell'attività delle

Commissioni territoriali, che avrebbero potuto così concentrarsi su questioni di maggiore urgenza e soprattutto sui rifugiati. Anche dal punto di vista delle accoglienze attivate, da numerose Caritas diocesane ma non solo, l'effetto che si sarebbe prodotto con il rilascio alle persone accolte di un permesso ex art. 20, sarebbe stato quello, certamente migliore, di impegnarsi nella predisposizione di servizi destinati a persone che avevano qualche prospettiva di rimanere legalmente sul territorio e non di investire risorse economiche e umane per accompagnare delle persone ad un destino di irregolarità. La soluzione della definitiva attribuzione di un titolo di soggiorno ai c.d. "profughi dalla Libia" sarebbe dovuto poi avvenire in tempi celeri, non solo per cominciare a lavorare con maggiori margini sui percorsi di integrazione degli ospiti, ovvero su una loro uscita dal circuito meramente assistenziale, ma anche in considerazione del rischio che venissero definitivamente decisi anche i ricorsi giurisdizionali avverso le decisioni sfavorevoli delle Commissioni Territoriali.

Possibili soluzioni

Nell'ottica di razionalizzare i costi d'accoglienza e contestualmente per emancipare le persone accolte da una condizione di puro assistenzialismo, sarebbe stato opportuno attivare da subito percorsi di autonomia che tenevano conto dello status ricevuto, favorendo iniziative di questo tipo:

- la costituzione di "doti" erogate alle persone per sostenere le spese connesse ai percorsi di autonomia (pagamento affitto appartamenti o altre spese necessarie ed indifferibili) affiancate da un accompagnamento sociale che potesse monitorare il percorso d'autonomia e sostenere l'emancipazione delle persone;

- l'utilizzo di forme di "rifugio diffuso" sul modello di quanto sperimentato con successo a Torino, che prevedano l'accoglienza c/o privati con forme di sostegno sociale;

- la realizzazione di iniziative di formazione professionale, in particolare borse lavoro finalizzate all'assunzione e tirocini professionali.

Più a lungo termine sarebbe auspicabile creare un Sistema Unico a partire dai centri di prima accoglienza e soccorso alla frontiera, che coinvolga anche il sistema dei CARA, con una espansione dello SPRAR fino al raggiungimento della quota di alloggi necessaria a soddisfare la domanda nel suo complesso e in tutte le sue fasi, compresi i percorsi di inclusione sociale a conclusione della procedura, con una particolare attenzione alle situazioni vulnerabili. Per la gestione del Sistema nazionale per l'accoglienza e l'integrazione di richiedenti e titolari di protezione riteniamo essenziale la costituzione di un Organismo di concertazione/indirizzo al quale dovrebbero partecipare tutti i soggetti interessati: Ministeri dell'Interno e del Welfare, Ministero per la Cooperazione Internazionale e Integrazione, Conferenza delle Regioni, ANCI, UNHCR e Enti di tutela. L'organismo dovrebbe dare le linee di indirizzo generali, scrivere il programma pluriennale e verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dallo stesso.

Le iniziative delle Caritas

Sin dall'inizio dell'emergenza in Nord-Africa, Caritas Italiana ha intrapreso una fitta serie di azioni ed interlocuzioni a livello istituzionale, sia in riferimento alla situazione a Lampedusa che al tema dell'accoglienza diffusa sui territori.

In particolare Caritas Italiana ha promosso un costante monitoraggio dell'evolversi della situazione a Lampedusa,

attraverso l'effettuazione di diverse missioni in loco per seguire le operazioni di accoglienza e trasferimento dei migranti. Contestualmente, si è sostenuta l'azione della parrocchia di Lampedusa, dell'Arcidiocesi e della Caritas diocesana di Agrigento, fortemente impegnate fino allo scorso dicembre sia nell'attività di osservazione nella zona degli sbarchi – in collegamento con gli altri organismi presenti sull'isola – sia nella messa a disposizione di beni e servizi di prima necessità. Inoltre Caritas Italiana ha sostenuto l'attivazione di forme di ascolto, orientamento, mediazione e fornitura di beni materiali di prima necessità all'interno dei CAI (Centri di Accoglienza e Identificazione) e dei grandi Centri di accoglienza attivati a Manduria, Civitavecchia, S. Maria Capua Vetere, Palazzo San Gervasio, Chinisia, Ventimiglia, Cagliari, con il coinvolgimento diretto delle relative Caritas diocesane fino alla chiusura di detti Centri o alla conversione in CIE di alcuni di loro. L'impegno di Caritas Italiana si è rivolto anche verso una interlocuzione, insieme ad altri organismi nazionali (ANCI/Tavolo asilo nazionale) e internazionali (UNHCR/OIM/Save the Children) con Ministero dell'Interno, Ministero del Lavoro (per l'accoglienza dei MSNA), Protezione Civile Nazionale e Conferenza delle Regioni, al fine di sottoporre alle istituzioni deputate alla gestione dell'emergenza i principali nodi critici evidenziati dall'impegno sul territorio, sia dal punto di vista giuridico che logistico.

A seguito dell'arrivo sulle nostre coste di migliaia di cittadini stranieri provenienti dal Nord-Africa, si è palesata l'esigenza di organizzare un'accoglienza straordinaria diffusa su tutto il territorio nazionale. Da subito la rete delle Caritas si è attivata con la messa a disposizione di oltre 3.000 posti di accoglienza. A luglio 2012 erano ancora 2.958 le persone ospitate nei Centri di

accoglienza delle 69 Caritas diocesane di tutta Italia impegnate in questa emergenza. In una prima fase si è trattato soprattutto di cittadini tunisini, che per la gran parte si sono fermati solo per un breve periodo. Oggi, invece, l'accoglienza riguarda esclusivamente coloro che provengono dalla Libia. Oltre al vitto ed all'alloggio, le persone accolte sono seguite da mediatori culturali, assistenti legali, psicologi e svolgono attività formative ed animative, che in molti casi coinvolgono tutta la comunità parrocchiale o diocesana che li accoglie. In questo contesto Caritas Italiana ha previsto un finanziamento straordinario di microprogetti proposti dalle Caritas diocesane, volti a migliorare le condizioni di accoglienza ed assistenza per i migranti e richiedenti asilo.

Sul fronte dell'accoglienza dei Minori Stranieri Non Accompagnati Caritas Italiana è stata tra quelle realtà che sin dall'inizio hanno sostenuto la sperimentazione delle cosiddette strutture ponte, nel convincimento che neanche un giorno in più si sarebbe potuto protrarre quanto stava accadendo a Lampedusa. Per questo motivo circa 300 ragazzi hanno trovato ospitalità in strutture della Caritas dislocate tra Sicilia, Campania e Basilicata. Come previsto da convenzione con il Ministero del Lavoro, per il tramite dei comuni, l'accoglienza ha garantito a questi ragazzi una serie di servizi, oltre al vitto e all'alloggio, volti ad una adeguata permanenza nelle strutture. Dunque, le Caritas diocesane hanno previsto servizi di mediazione culturale e linguistica, corsi di lingua, attività di animazione e di carattere ludico sportivo, orientamento legale e accompagnamento in tutta la fase che è andata dall'arrivo in struttura fino al trasferimento nelle comunità definitive.

Contatto: Oliviero Forti (oforti@caritasitaliana.it)

Note

- ¹ Come da accordo del 6 aprile 2011 siglato da Governo, Regioni e Province autonome ed Enti locali. Significativamente, nel suddetto accordo veniva ribadito che "tutte le Istituzioni della Repubblica responsabilmente si impegnano ad affrontare questa emergenza umanitaria con spirito di leale collaborazione e solidarietà. Ciò impegna tutti i livelli della Repubblica ad essere coerenti e conseguenti a questa scelta politica". L'accordo anticipava che di lì a dieci giorni sarebbe stato elaborato un vero e proprio Piano d'accoglienza la cui gestione veniva affidata alla Protezione Civile Nazionale con l'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3933 del 13/4/2011 "*Ulteriori disposizioni dirette a fronteggiare lo stato di emergenza umanitaria nel territorio nazionale in relazione all'eccezionale afflusso di cittadini appartenenti ai paesi del Nord Africa*".
- ² Diverse organizzazioni umanitarie, anche quelle presenti sull'isola, hanno denunciato queste condizioni che apparivano in palese violazione dell'art. 13 della Costituzione nonché della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, dove è peraltro affermato che in tutte le decisioni riguardanti i minori deve essere tenuto prioritariamente in conto il "superiore interesse del minore".
- ³ La procedura prevedeva che il minore straniero non accompagnato giunto sul territorio dello Stato Italiano a seguito di uno sbarco a Lampedusa venisse preliminarmente identificato dalle Autorità di pubblica sicurezza e successivamente segnalato al Soggetto attuatore, al Comitato per i minori stranieri, alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni e al Giudice Tutelare. Il Soggetto attuatore, avrebbe indicato le "strutture ponte" presso le quali potevano essere trasferiti i minori per una prima accoglienza. Si trattava di strutture dislocate su tutto il territorio nazionale, idonee a norma di legge, che si sarebbero fatte carico solo della prima fase dell'accoglienza, in attesa del trasferimento dei minori nelle strutture che li avrebbero ospitati fino alla maggiore età.

Per una salute senza esclusioni: brevi tratti di un'esperienza partecipativa

Giulia Bigot¹⁻², Maria Laura Russo²

¹ Gruppo Migrazione e Salute - GRS Friuli Venezia Giulia

² Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

E Polo: L'inferno dei viventi non è qualcosa che sarà; se ce n'è uno, è quello che è già qui, l'inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne.

Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più.

Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e che cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno e farlo durare e dargli spazio.

Italo Calvino: *Le città invisibili* (1972)

L'intreccio: welfare partecipato, contesto locale, policy, salute e migrazione

Un complesso, e al contempo, interessante insieme di dinamiche istituzionali e culturali lega il fenomeno dell'immigrazione in Italia e le tendenze di cambiamento nell'architettura del sistema di welfare.

I contorni che delineano questi processi rendono interessante l'assunzione di quello che già Lasswell definiva come *policy approach*, un approccio, cioè, che tende a superare i confini classici delle discipline proponendosi come uno sguardo trasversale che tende a indagare l'interazione dinamica tra norme e attori ed anche tra programmi istituzionali e trasformazioni sociali (Allasino et al., 1995). Nel campo delle politiche sociali, infatti, il processo di decentramento sul territorio delle funzioni di *policy* ha portato con sé un mutamento dei criteri regolativi del *welfare*, facendo perdere terreno a quel modello verticale e

gerarchico nel cui ambito gli interessi generali vengono fissati e riconosciuti dall'autorità pubblica, e facendo maturare l'esigenza di trovare nuovi dispositivi in grado di consentire il confronto tra una varietà di attori e di visioni differenti per individuare finalità collettive e soluzioni condivise.

«Quando infatti si va a guardare – come sottolinea Luigi Bobbio – come sono formulate e attuate le scelte di governo si finisce per scoprire che non esiste mai un unico centro decisionale in grado di compiere scelte e di metterle in pratica, ma che le azioni di governo sono piuttosto il frutto di un intreccio, quasi sempre complicato, tra diversi attori. [...] All'opera non si vede mai soltanto il governo in quanto tale e, tantomeno, lo "Stato". Si vedono reti tra attori (istituzionali e non) che interagiscono tra di loro in modo più o meno strutturato» (Bobbio, 2004, pag. 33). Negli ulti-

mi venti anni il legislatore italiano ha mostrato una netta tendenza ad incoraggiare o regolare procedure concertative e consensuali nel campo delle politiche pubbliche, fino ad indicare i processi decisionali integrati come metodo privilegiato per affrontare problemi complessi. Le modifiche che sono state introdotte, in termini legislativi, contribuiscono a creare un sistema a rete in cui divengono sempre più centrali elementi come la dimensione integrata dei vari attori che operano sul territorio, la valorizzazione della solidarietà organizzata e il coinvolgimento dei cittadini in un'ottica di programmazione dal basso. La partecipazione al processo politico di attori non istituzionali viene, in certo qual modo, identificata come un beneficio *tout court* per il processo di produzione delle politiche pubbliche (Ruzza, 2005; Hirst, 1996).

In particolare nell'ambito delle politiche della salute per gli stranieri risulta interessante osservare le pratiche istituzionali, formali e informali, di organizzazione dei processi di partecipazione e espressione delle istanze degli immigrati e dei gruppi che ne sostengono gli interessi, cercando di comprendere quali forme di interazione sociale possano abilitare ad esercitare una cittadinanza attiva ed a creare nuovi attori collettivi, che possano ridefinire modalità di *governance* in una società complessa, dove si dispiega «la dispersione e la diffusione dell'autorità politica lungo una pluralità di percorsi verticali e orizzontali che non hanno più lo Stato come epicentro politico» (Piselli, 2005, p. 455).

Lo spostamento dell'attenzione sugli attori e sulla loro dimensione integrata è in simmetria alla maggiore rilevanza che assumono le attività ordinarie, quotidiane, contrattate e realizzate su piccola scala rispetto alle soluzioni generali imposte dall'alto. Questo cambiamento di prospet-

tiva si lega all'emergere di un welfare attivo, caratterizzato da un'azione promozionale dell'intervento pubblico, volta a favorire una maggiore responsabilità, ma anche – in teoria – un maggiore *empowerment* dei cittadini. Concentrare l'attenzione verso gli spazi di azione politica locale, verso le attività e i movimenti degli enti locali e dell'associazionismo per la promozione della salute degli immigrati rappresenta un caso interessante per studiare l'interazione tra diversi soggetti coinvolti e mobilitati rispetto ad un *issue* specifico di politica pubblica: il diritto alla salute dei migranti.

A supporto del processo di integrazione locale, infatti, fin dall'inizio della storia dell'immigrazione si è sviluppato un variegato insieme di organizzazioni pro-immigrati che, in appoggio alle necessità di prima e seconda accoglienza, hanno assunto un ruolo di mediazione tra le istituzioni e gli immigrati e di facilitazione della comunicazione, nella prospettiva di ottenere un più equo accesso ai servizi del welfare locale e ai luoghi di definizione delle politiche [Ambrosini 2000]. È infatti diffusa la percezione che ciò che suole definirsi 'integrazione' dipende non tanto dalle «differenze di cultura che intercorrono tra il paese di provenienza e quello di destinazione, bensì dalle politiche di accoglienza del paese di destinazione» e «dalle politiche pubbliche in fatto di insediamento e cittadinanza» (Kymlicka, 1999, pp. 204-205).

Infatti, benché il sistema sanitario sia generalmente considerato come meno rilevante in termini di esclusione, data la sua missione e la sua organizzazione di stampo universalista, anche nel campo della salute in Italia esistono problemi di accesso e fruizione dei servizi da parte degli stranieri. Gli immigrati, sembrano «fisiologicamente» destinati a subire quel-

le che Margareth Whitehead chiama «sistematiche, evitabili e rilevanti disparità nello stato di salute tra differenti gruppi socioeconomici all'interno della popolazione», cioè «disuguaglianze sociali» nella salute, dove la componente etnica rimane essenziale nel contribuire a creare una condizione sfavorevole che va al di là dello svantaggio di classe [Marceca, 2006; Nazroo, 1998].

Dalla consapevolezza di questi elementi nasce agli inizi degli anni 90 la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che ha avuto un ruolo decisivo nel processo di costruzione della policy per la salute dei migranti in Italia. Creata da un ristretto gruppo di medici e operatori volontari, fin dal principio si è proposta alcuni obiettivi precisi tra cui quello di "promuovere, collegare e coordinare attività socio-sanitarie" in favore degli immigrati in Italia.

Le modalità di confronto tra gli attori

Se abbiamo tracciato i contorni di una trasformazione nel processo di produzione delle politiche pubbliche, che vede l'assegnazione un ruolo rilevante ad un serie di attori prima estranei o diversamente coinvolti nel processo politico, di pari passo va anche riconsiderato il rapporto tra Stato e interessi dei gruppi sociali, insieme al ruolo dei gruppi di pressione nel processo politico.

All'interno di un welfare gerarchico-regolativo si osservavano prassi che vedevano attori – Stato/ gruppi sociali – contrapposti che tendevano ad interagire attraverso modalità di pressione istituzionalizzata o radicale. Cioè, nel primo caso, attraverso un confronto diretto, con il presupposto che possa esistere un terreno comune su cui ragionare, nel secondo caso, invece, la presenza di visioni molto conflittuali presuppone una netta divisio-

ne dei ruoli, che permetta ai movimenti sociali e ai gruppi di interesse di mantenere la propria autonomia e la propria identità, e di tutelarsi dal rischio di cooptazione.

Nella differente cornice regolativa, che abbiamo leggermente tratteggiato, invece, ci si richiama ad un sistema di interazione che "si pone l'obiettivo di arrivare ad un consenso motivato razionalmente, di trovare delle ragioni che sono persuasive per tutti" (Cohen, 1989). L'azione della SIMM è, infatti, una forma di azione politica e sociale in cui attori organizzati intervengono direttamente, senza mediazioni di natura rappresentativa o istituzionale, su una questione di rilevanza collettiva, attraverso la distesa di relazioni sui vuoti lasciati scoperti, dove le norme e i regolamenti in materia di politiche sanitarie, forniscono elementi di orientamento necessari ma, assolutamente, non sufficienti.

In particolare in merito alle *immigrant policies*, all'interno delle quale ricadono le policy per la salute, è stato ampiamente richiamato il ruolo decisivo del contesto locale, poiché il livello in cui le politiche possono essere articolate, differenziate e adattate alle specificità del territorio in base alle esigenze delle collettività, dei sistemi produttivi locali e in base alla maggiore prossimità ai bisogni espressi dagli immigrati (ad esempio Zincone, 2001). La centralità dell'ambito locale va messa in risalto per ulteriori motivi: innanzitutto perché l'Italia è caratterizzata da accentuate differenze territoriali, socio-economiche e culturali fra le regioni che determinano differenze anche nella capacità di integrazione, nelle relazioni tra le istituzioni e le organizzazioni, nella disponibilità al dialogo da parte delle istituzioni, nelle disposizioni legislative. L'immigrazione, a sua volta, presenta aspetti particolari in ciascuna sub-area di provenienza, per grado di inserimento nel mercato del lavoro, per

capacità di rappresentanza e integrazione. Anche la distribuzione sul territorio nazionale delle associazioni di immigrati "non è omogenea e riflette le caratteristiche e la propensione organizzativa delle collettività maggiormente presenti nei differenti contesti, nonché il loro grado di inserimento a livello socio-economico, la loro anzianità di insediamento e la loro capacità di attivare strategie finalizzate alla costruzione di alleanze con le organizzazioni locali" (Carchedi, 2000).

Sulla base di queste riflessioni, nell'attività di lobbying a livello locale, la SIMM ha proceduto a rinforzare il collegamento tra le diverse realtà impegnate sul territorio, attraverso *network* di enti e associazioni che lavorano per la tutela sanitaria degli stranieri, promuovendo la formazione di gruppi locali per la diffusione capillare nel territorio. Tali gruppi spontanei di operatori italiani e stranieri, chiamati Gruppi regionali Immigrazione e Salute (GrIS), sono presenti (in alcuni casi lo sono stati fino a un recente passato, in altri sono in fase di strutturazione), in forma e intensità diversa, in Lazio, Provincia di Trento, Lombardia, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Liguria, Alto Adige. Facendo del concetto di rete uno strumento concreto e una metodologia di lavoro condivisa, tali gruppi hanno potuto godere di una serie di ripercussioni altamente positive. Se lo scambio e l'interazione tra più soggetti produce una cultura di rete e un senso di appartenenza, tra i contraenti si crea un consenso attorno all'idea che un certo tipo di lavoro, il perseguimento di certi obiettivi, non è possibile senza la presenza dell'altro.

Seppur con percorsi diversi, da calare in specifiche realtà territoriali, tra i membri di ciascun gruppo locale si sono creati legami forti e che con il tempo si sono tra-

sformati da rapporti di conoscenza personali, tra operatori, a rapporti fra istituzioni, e quindi da relazioni basate sulla disponibilità e volontarietà di singole persone a relazioni formalizzate e maggiormente solide e durevoli. La creazione e il riconoscimento ufficiale di gruppi locali ha portato alla definizione di vincoli sia interni, con l'aggiustamento dei comportamenti reciproci attesi dai soggetti della rete, sia rispetto ad altri attori del contesto locale, attraverso l'individuazione di linee guida, protocolli di intesa, riunioni periodiche. Inoltre, lo scambio protratto ha permesso di costruire una migliore conoscenza tra gli operatori dei servizi, di aumentare lo scambio di informazioni e documentazione, ma anche di obiettivi, progettazione e risorse, con l'emergere di nuovi contenuti e nuove soluzioni.

I possibili modelli di riferimento

Il modello di azione a cui possiamo fare riferimento è quello di una *advocacy coalition*, un modello secondo cui gruppi interessati ad un cambiamento politico formano delle aggregazioni di sostegno ad una specifica linea di intervento, composte da numerosi membri che ricoprono ruoli tra loro anche molto diversi, ma che condividono un particolare sistema di credenze e che danno vita ad una attività coordinata e continuativa nel tempo per raggiungere un determinato cambiamento. I momenti partecipativi dei gruppi mobilitano i partecipanti nella creazione, sostegno e – soprattutto – diffusione di un nuovo schema valoriale e cognitivo: quello di una salute senza esclusione.

D'altronde malgrado le intense differenze territoriali quasi tutti i gruppi regionali riconoscono come l'attività di *advocacy* presso gli enti locali li veda fortemente impegnati. In questo processo un particolare punto di forza dei gruppi è che, spes-

so, si presentano come la fonte d'informazione più autorevole e più aggiornata sulla materia specifica.

In un contesto di indeterminazione e incertezza del processo politico i contributi degli esperti divengono particolarmente influenti, tramite la propria expertise i GrIS possono godere di un vantaggio, individuato in un *sapere tecnico* e in un *sapere sociale* (legato all'ambiente esterno, specifico della dimensione migrazione e salute), utilizzabile nei confronti degli organi di governo, indispensabili all'attività amministrativa e legislativa.

Ed è proprio sui saperi e sul 'sapere come' che si concentra uno dei nodi più interessanti dell'attività dei gruppi regionali, anche rispetto alle loro dinamiche interne. Se molti gruppi identificano nello scambio di esperienze l'attività che maggiormente li caratterizza, d'altra parte la volontà e la necessità di conoscere il territorio e le sue espressioni porta con sé anche l'intenzione – esplicita in alcuni territori – di voler costruire un livello minimo di pratiche condivise, di risposte comuni che possano rispondere al meglio alla domanda di salute dei migranti. Questa tendenza si intreccia anche con i bisogni dei professionisti della salute che ricercano un contesto dove viene valorizzata l'esperienza, la condivisione di buone pratiche, attraverso un forma di scambio informale di conoscenze, il cui valore aggiunto emerge nei processi informali della dimensione conversazionale che caratterizza la relazione tra le persone.

In questo senso si può parlare dei Gruppi Immigrazione e Salute come delle *comunità di pratica*, come dei luoghi, cioè, dove poter condividere un patrimonio di conoscenze attraverso un processo sociale di apprendimento reciproco e trovare comuni risposte a problemi legati all'esercizio del proprio lavoro quotidiano (Wen-

ger, 2000). Le radici di quest'approccio riconoscono l'apprendimento come un processo sociale basato sull'esperienza, dove la 'pratica' ricopre un ruolo fondamentale, questa viene definita come il "fare (...) all'interno di un determinato contesto storico e sociale" (Wenger, 2000, p.47) cui la persona partecipa, riuscendo così ad includere aspetti come: l'esplicito e il tacito, il codificato e il non codificato, il dire e il fare, la conoscenza e l'azione, altrimenti non comprensibili tramite i tradizionali canali di apprendimento.

Ed è quindi nella partecipazione attiva, nelle modalità scelte per interagire, nella rinuncia degli elementi proprio dei modelli gerarchici - sia nelle dinamiche esterne che in quelle interne - che si concentra la specificità dell'esperienza dei gruppi regionali, riproponendo quello che Giulio Maccacaro sottolineava «*Si ha Partecipazione quando... un'azione collettiva è voluta e operata da più agenti nel ruolo di soggetti*» (Maccacaro, 1972).

All'interno dei GrIS, infatti i diversi attori partecipano condividendo le proprie competenze, esperienze e risorse, ma in un certo qual modo si 'spogliano' del proprio ruolo, per presentarsi in una dimensione che riconosce solo le interazioni orizzontali, paritarie, dove quello che conta sono gli interessi – in questo caso condiviso: una salute inclusiva – e non le posizioni (cfr. Bobbio, 2005).

Potremmo pensare all'esperienza dei GrIS come a dei *policy network* – intesa come un'etichetta generica che descrive un tipo di relazioni tra stato e un gruppi di interesse – che coltiva al suo interno, una *comunità di pratica* – intesa come un luogo di condivisione di senso e interpretazione della realtà da parte dei professionisti che vi partecipano.

Infine, se mettiamo tra parentesi la

volontà di nominare, etichettare il lavoro dei GrIS e richiamiamo l'attenzione sugli aspetti che accomunano queste formazioni e che determinano il loro apprezzamento, possiamo notare che sostanzialmente questa formula sembra condensare e conciliare i migliori argomenti delle diverse elaborazioni teoriche sulla democrazia deliberativa: simboleggia una poliarchia sostenuta da reti caratterizzate da appartenenze sovrapposte, permette processi decisionali basati sul *partisan mutual adjustment* ed, inoltre, l'efficacia degli scambi tra gli attori promuove la fiducia nella partecipazione e la crescita del capitale sociale.

Bibliografia

- Allasino E., Baptiste F., Bulsei G.L., *Gli incerti confini: politiche per gli immigrati e politiche di lotta all'esclusione sociale a Torino e Lione*, in Polis, IX, 1, aprile, 1995, pp 23-44.
- Bobbio L. (a cura di), *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*, ESI, Napoli, 2004 [http://www.cantieripa.it/allegati/A_più_voci.pdf].
- Bobbio L., *I governi locali nelle democrazie contemporanee*, Laterza, 2002.
- Butera F., *Il castello e la rete. Impresa, organizzazione e professioni nell'Europa degli anni Novanta*, Milano, F. Angeli, 1990.
- Caligiuri M. (a cura di), *Le lobbies queste conosciute*, Università degli Studi della Calabria, Rende, 2000.
- Carchedi F., *Le associazioni degli immigrati*, in Rapporto immigrazione. Lavoro, sindacato, società, a cura di E. Pugliese, 2000.
- Chiesi AM., *L'analisi dei reticoli*, Milano, F. Angeli, 1999.
- Cohen J., *Deliberation and democratic legitimacy*, in Hamlin A. e Pettit P. (a cura di), *The good polity*, Oxford, Basil Blackwell, 1989.
- Della Porta D., *La politica locale*, Bologna, Il Mulino, 1999.
- Fazzi L., *Costruire politiche sociali*, Milano, F. Angeli, 2003.
- Fotia M., *Le lobby in Italia. Gruppi di pressione e potere*, Bari, Dedalo, 2002.
- Geraci S., *La Medicina delle Migrazioni in Italia. Un Percorso di Conoscenza e di Diritti*, Studi Emigrazione, 2005: XLII (157): 53-75.
- Graziano L., *Le lobbies*, Bari, Laterza, 2002.
- Hirst P., *Associative Democracy: New Forms of Economic and Social Governance*, Amerherst, University of Massachusetts Press, 1994.
- Kymlicka W., *La cittadinanza multiculturale*, Bologna, Il Mulino, 1999.
- Maccacaro G., *Informazione e partecipazione in medicina* (relazione tenuta al convegno "Diritti e doveri dell'informazione al pubblico in tema di scienze mediche"), Perugia, 1972.
- Marceca M., *La salute*, in Undicesimo rapporto sulle migrazioni 2005, Fondazione ISMU, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Marks G, Liesbet H., *Multi-level Governance and European Integration*, Lanham, Rowman & Littlefield Boulder, 2001.
- Meny Y, Thoenig J.C., *Le politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino, 2003.
- Nazroo J., *Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health*, in Sociology of Health & Illness, 1998; 20, 5: 710-730.
- Piselli F. Reti., *L'analisi di network nelle scienze sociali*, Roma, Donzelli, 2005.
- Rhodes RAW. *Understanding Governance. Policy networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997.
- Wenger E., *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Milano, Raffaello Cortina, 2000.
- Zincione G. (a cura di), Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati, *Secondo rapporto sull'immigrazione degli immigrati in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2001.

Contatto: Giulia Bigot (giulia.bigot@gmail.com)

Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati

Patrizia Carletti¹, Salvatore Geraci²

¹ Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute, regione Marche, Coordinatrice Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

² Area sanitaria Caritas Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Lo scenario

In Italia le politiche sull'immigrazione sono sempre state di breve respiro, discontinue, agite prevalentemente nell'ottica di "pubblica sicurezza" e con modalità emergenziali, tanto che a tutt'oggi la materia afferisce principalmente al Ministero dell'Interno, con importanti ricadute anche sulla salute. Così mentre per gli italiani l'erogazione dell'assistenza sanitaria dipende dal Ministero della Salute e dalle Regioni, per gli immigrati dipende dal Ministero dell'Interno, dalle Regioni e in minor grado, dal Ministero della Salute. Ciò è particolarmente vero per coloro senza documenti e in parte anche per chi è presente regolarmente in quanto il diritto assistenziale deriva direttamente dalla tipologia e dal possesso del permesso di soggiorno, Conseguenza diretta di ciò è che se le "leggi sulla sicurezza" stabiliscono che l'immigrato "undocumented" va perseguito penalmente (varie sentenze di Corte costituzionale e varie ricorsi a tribunali amministrativi locali, stanno ridimensionando giuridicamente tale impostazione), di fatto, a questi viene negato o fortemente limitato il diritto alla salute (si vedano le reazioni e le conseguenze della Legge n. 94/2009, i ricorsi presentati dal Governo sulla legittimità costituzionale di alcune Leggi regionali sull'immigrazione, le specificazioni sull'assistenza ai cittadini comunitari "fragili").

Altro fatto fondamentale da considerare è la Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 – "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" – a seguito di cui *"la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente"* e *"spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato"*. Lo Stato in materia di sanità assume il ruolo di garante dell'equità nell'attuazione del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Non meno rilevanti, inoltre, sono alcuni elementi di contesto "culturale":

- l'immigrazione, specialmente nell'ultimo decennio, ha costituito per alcuni partiti politici un argomento "strumentale", utilizzato in modo ideologico e propagandistico per raccogliere consenso, facendo leva sulla non conoscenza del tema da parte degli italiani a cui sono state propinate, in modo pregiudiziale, solo notizie scandalistiche. Inoltre trattare degli immigrati in termini razzisti è servito a riempire le pagine dei media anche per stornare l'attenzione dai seri problemi reali del paese;

- i cosiddetti partiti progressisti si sono rivelati miopi con un atteggiamento spesso subalterno agli stereotipi e a tale clima, e, comunque, incapaci di proposizioni utili a governare le problematiche connesse all'immigrazione;

• i media hanno avuto un ruolo volutamente di basso profilo, contribuendo, talora più ancora delle leggi, a creare una “cultura” e a modellare i comportamenti degli italiani.

Dunque il quadro normativo e gli aspetti *culturali* rischiano seriamente di vanificare l'articolo 32 della Costituzione ed i principi ispiratori del SSN italiano, nonostante che dal 1995 l'Italia abbia adottato per gli immigrati “politiche sanitarie inclusive”, in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni (ciò ha avuto l'espressione più alta nelle normative, tuttora in vigore, emanate con il Decreto Legislativo 286 del 1998 e documenti collegati).

Nella pratica le numerose indicazioni normative sull'assistenza sanitaria agli immigrati da parte di vari ministeri - a cui si aggiungono indicazioni regionali ed europee - quest'ultime recepite spesso con lentezza ed in modo farraginoso - hanno ingenerato confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Inoltre a causa dell'autonomia legislativa delle Regioni in sanità, i Sistemi Sanitari Regionali operano in modo molto difforme, configurandosi 21 sistemi sanitari differenti e spesso derogando, specie per i gruppi più vulnerabili, quali gli immigrati¹, dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del Sistema Sanitario Italiano e dei SSR.

Il Tavolo tecnico interregionale

Per affrontare tali problematiche era necessario mettersi in rete, creare collegamenti tra le varie realtà regionali e relativi SSR. Pertanto, nel 2008, su iniziativa della Regione Marche viene istituito, in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, *il Tavolo tecnico interregionale “Immigrati e servizi sanitari”*. Il Tavolo intende costituire una forma stabile di

confronto e collaborazione tra le Regioni e P.A. e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria.

Lo scambio di informazione tra le Regioni e P.A. può consentire agli organi della programmazione sanitaria regionale di conoscere e, quindi di applicare le soluzioni più agevoli già sperimentate in altri contesti e nel contempo di raggiungere l'obiettivo di rendere uniforme sul territorio nazionale l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata, così come previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e a partire da quanto indicato nel DPR n. 394/99 e dalle raccomandazioni scientifiche nazionali e sovranazionali sulle migliori strategie da adottare per la tutela della salute dei gruppi vulnerabili in un'ottica di efficienza ed efficacia.

Il Tavolo affronta le tematiche relative a:

- lo studio e la comparazione tra normativa nazionale e locale,
- l'analisi dei modelli assistenziali necessari a garantire un livello uniforme di medicina di base e pediatrica,
- le strategie per un'offerta *efficace* delle cure e di comunicazione competente con l'utenza straniera,
- la formazione interculturale degli operatori, circolazione delle informazioni sia epidemiologiche che sui servizi,
- l'identificazione di indicatori per un monitoraggio istituzionale.

Al Tavolo partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della Salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. In particolare si segnala la rilevanza della consulenza tecnica della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e della possibilità, attraverso la sua vasta rete di contatti di operatori impe-

gnati in prima persona in gran parte delle regioni e province autonome italiane, di evidenziare criticità del sistema di accesso ai servizi e problematiche normative e organizzative così come soluzioni particolarmente efficaci. Il Tavolo rappresenta una opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo opera per creare sinergie positive, è aperto al contributo di competenze esterne, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; svolge telematicamente e telefonicamente un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni.

Le indicazioni condivise e le proposte

Un importante risultato del lavoro di questa rete istituzionale è rappresentato dalla produzione del documento *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata da parte delle Regioni e P.A."*² approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni il 21 settembre 2011.

Il documento è frutto di quasi due anni di confronto ed approfondimento, con un impegno diffuso che è partito dall'evidenza di come le oltre 700 norme nazionali e locali attualmente in vigore sul tema della tutela sanitaria dei cittadini immigrati, comunitari e non, hanno prodotto una forte difformità interpretativa ed applicativa delle indicazioni nazionali con evidenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi³. Tali disuguaglianze, unitamente alle condizioni di marginalità sociale di alcuni gruppi di immigrati, hanno conseguenze negative sul profilo di salute, peggiore rispetto agli italiani. Una vasta ricerca prodotta nel 2010⁴ sulle normative sanitarie locali, voluta dal Ministero della Salute e patrocinata

dalla SIMM, è stata motivo di confronto tra i referenti del Tavolo ed è divenuta ulteriore stimolo per un lavoro comune e produttivo.

Il documento finale è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e P.A., per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia.

Esso è coerente con i principi di equità sanciti dalla Costituzione italiana e ispiratori del SSN e dei SSR e con le indicazioni derivanti dalle Direttive e dai Regolamenti Europei che coniugano il diritto alla salute degli stranieri con il correlato ed indissociabile diritto alla libera circolazione.

Attualmente il documento è in fase di divulgazione⁵ ed è stato recepito in alcune Regioni con specifici atti formali. È inoltre in corso l'iter per un accordo Stato-Regioni. In particolare, oltre ai passaggi formali istituzionali, a perorare una sua divulgazione capillare con chiara indicazione nazionale da parte del Ministero della Salute, è intervenuta la SIMM con una azione di advocacy che le è propria, rafforzando il lavoro di rete istituzionale del Tavolo stesso. Nel maggio 2012, in assenza di risposte puntuali da parte degli organismi nazionali preposti, una delegazione della Società Scientifica, ha incontrato il Ministro della Salute, prof. Balduzzi⁶, segnalando come una delle principali criticità attuali nella garanzia del diritto all'assistenza sanitaria degli immigrati sia proprio lo scarto tra la normativa (avanzata e lungimirante sul piano dei diritti) e l'applicazione concreta nelle singole Regioni (parziale ed insufficiente). Anche la normativa sull'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari, risulta poco chiara e con un'applicazione diversificata per ambito

territoriale. Pertanto come possibile soluzione, è stato sollecitato l'accordo Stato-Regioni e la diffusione istituzionale del Documento anche in considerazione delle crescenti segnalazioni da parte delle sezioni territoriali della SIMM (i gruppi immigrazione e salute: GrIS⁷) di non applicazione della normativa o di interpretazioni discrezionali e restrittive. La SIMM nella stessa occasione ha sottolineato l'importanza da parte del Ministero della Salute di riappropriarsi del ruolo di *governance* del tema salute degli immigrati, ruolo che negli ultimi anni si è andato perdendo e che molti operatori sanitari ed alcune istituzioni richiedono⁸.

Il lavoro di "rete nella rete" (Tavolo, SIMM, altre istituzioni scientifiche e società civile) e di *lobby* condivisa, ha trovato un altro ambito di impegno comune e cioè quello della corretta applicazione della Convenzione di New York sui diritti del bambino e del fanciullo⁹ nel territorio nazionale ed in particolare del diritto all'assistenza sanitaria. Il Tavolo, ha condiviso la necessità di assicurare l'assistenza pediatrica di base a tutti i minori e, recependo un proposta congiunta di varie società scientifiche¹⁰ e recentemente sottoscritta da circa 90 associazioni che si occupano di diritti dei minori¹¹, ha previsto l'iscrizione al SSN, o comunque al pediatra di libera scelta, di tutti i minori presenti a qualsiasi titolo sul nostro territorio. Questa richiesta è supportata da dati che mostrano come la complessità assistenziale nei minori stranieri irregolari sia significativamente più alta rispetto ai minori italiani e agli stranieri regolari e come anche la durata media di degenza è quasi doppia. Tutto ciò fa supporre come le condizioni di salute per i minori figli di immigrati irregolari e in condizione di incertezza giuridica (STP ed ENI) siano più gravi all'atto del ricovero e il trattamento più complesso. Il

pediatra di riferimento, in particolare nei primi anni di vita, oltre garanzia per un'adeguata tutela sanitaria, è figura significativa per un progressivo inserimento della famiglia straniera nel tessuto sociale italiano anche per chi temporaneamente si trova al margine del sistema. Alcune regioni hanno già previsto ciò, seppure in forme diversificate e con diverso grado di applicazione, tracciando un percorso auspicabile e possibile.

La rete istituzionale proposta dal Tavolo, in rete con le reti per la salute degli immigrati, è così diventata un network stabile e che si propone alle Regioni e P.A. e al Ministero della Salute come punto di riferimento per la programmazione locale e nazionale e come strumento di *governance* che, in una realtà sempre più articolata e complessa, appare ormai irrinunciabile.

Note

- ¹ http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/report_serviziSanitariImmigrati2008.pdf
- ² <http://www.ars.marche.it/nuovo/html/download/diseguaglianze/Documento-on%20line.pdf> [Ultimo accesso: agosto 2012]
- ³ http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubbl_SaluteImmigrati2009.pdf
- ⁴ http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO_ALLA_SALUTE.pdf [Ultimo accesso: agosto 2012]
- ⁵ L'assessore alla Salute della Regione Marche ed il Coordinamento del Tavolo hanno inviato il documento a tutti gli assessorati alla salute delle Regioni e P.A. con sollecitazione alla sua applicazione.
- ⁶ http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2012/2012.balduzzi_simm.pdf [Ultimo accesso: agosto 2012]
- ⁷ http://www.simmweb.it/index.php?id=306&no_cache=1 [Ultimo accesso: agosto 2012]
- ⁸ http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/5-documento_

- finale_mod30ago2010.pdf [Ultimo accesso: agosto 2012]
- ⁷ Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Convention on the Rights of the Child - CRC), adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata in Italia con Legge 176 del 27 maggio 1991. "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989". G.U. n° 135 del 11-6-1991. Suppl. Ordinario n° 35
- ⁸ Documento finale del convegno del II Convegno Nazionale Congiunto SIMM-GLNBI, maggio 2005 e ripreso nelle raccomandazioni delle Consensus Conference SIMM del 2006, 2009 e del XI Congresso SIMM 2011 e nelle Raccomandazioni dei III e IV Convegno Nazionale Congiunto SIMM-GNLBI, maggio 2007 e novembre 2010; raccomandazioni SIMM-SIP 2011 e Documento della FIMP di Sabaudia. 2007 - Il Medico Pediatra - Volume 16 Giugno 2007 - Federazione Italiana Medici Pediatri [vedi sito www.simmweb.it sezione "Società" in "altri documenti"; ultimo accesso: agosto 2012]
- ⁹ http://gruppocrc.net/IMG/pdf/Pieghevole_CRC_DEF_bassa.pdf
- ¹⁰ http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/5o_Rapporto_di_aggiornamento_Gruppo_CRC-2.pdf [Ultimo accesso: agosto 2012]
- Aprire spazi... costruire traiettorie" della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna, Lombard key, 2011: 88-91.
- Carletti P, Fiordarancio L. *Indagine nazionale: "Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei SSR"*, 2008 (a cura dell'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze, Regione Marche).
- Cataldo F, Geraci S, Sisto MR. *Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie*. Medico e bambino, 5/2011; 306-310.
- Geraci S, Bodini C. *Rete di reti per la salute degli immigrati*. In: Altieri L, Nicoli MA, Sturlese V (a cura di). La sanità dei cittadini. Salute e società. Milano: FrancoAngeli, 2011; 2: 129-140.
- Geraci S. *Immigrati. La nuova legge sulla sicurezza è ingiusta, dannosa e pericolosa*. <http://saluteinternazionale.info> Il Pensiero scientifico editore, July 12, 2009.
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B.: *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Inprinting srl, Roma, 2010.
- Gruppo di lavoro nazionale CCM "Salute immigrati": *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, 2009.
- Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Gruppo CRC). *Accesso ai servizi sanitari per i minori stranieri*. 5° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2011-2012. Roma, 2012: 79-82^{xii}

Bibliografia

- Bonciani M., Geraci S., Martinelli B., Civitelli G., Pizzini E., Pizzuti S., Marceca M., *Indicatori di valutazione delle politiche sanitarie per gli immigrati: verso la creazione di strumenti per l'Health Impact Assessment*. Atti del 44° Congresso Nazionale S.It.I.; 2010. Poster: 482.
- Candela S, Carletti P., *La misura delle differenze etniche nella salute*. In Salute e Società, Franco Angeli Ed., 2009.
- Carletti P., *La tutela della salute della popolazione immigrata: il lavoro delle regioni e province autonome*. XI Congresso Nazionale SIMM: "Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Marceca M., Geraci S., Martino A., *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze*. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale – OISG. A caro prezzo. Secondo rapporto sulle disuguaglianze. Pisa: Edizioni ETS, 2006: 304-18
- Mazzetti M., *Dalla parte dei bambini "immigrati"*. Prospettive sociali e sanitarie 2010; 14: 4-6
- Severino F, Bonati M., *Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità)* Ricerca & Pratica. Istituto Mario Negri, Milano, 2010; 26: 50-61
- Contatto: Patrizia Carletti
(diseguaglianze@regione.marche.it)

Il principio di sussidiarietà tra teoria e prassi: considerazioni a partire dall'esperienza di un GrIS

Mariachiara Boninsegna

Oikos Bergamo, SIMM e Gruppo Immigrazione e Salute - GrIS Lombardia

Nell'autunno del 2001 fu approvata in Parlamento la revisione del Titolo V della Costituzione italiana, che con il "nuovo" art. 118 introdusse nel patto costituzionale il principio di sussidiarietà sia in senso *verticale*, riferita cioè al rapporto tra i diversi livelli dell'ordinamento dello Stato, sia in senso *orizzontale*, riferita invece al rapporto tra istituzioni di un determinato livello territoriale e i cittadini singoli o associati che vivono e operano nello stesso territorio.

Io mi occuperò, in modo particolare, del principio di sussidiarietà orizzontale visto nel rapporto che si crea tra istituzioni e realtà del terzo settore e, pur non descrivendo nel dettaglio l'esperienza del GrIS Lombardia, questa riflessione nasce all'interno di quell'esperienza.

Le origini del concetto

Il termine sussidiarietà rimanda a due verbi latini: *subsistere* che vuol dire, tra l'altro "mettersi a sedere/rimanere indietro/fermarsi" e *subsidiari* che invece vuol dire "servire di riserva". Sono verbi che hanno significati affini e che rimandano ad un concetto che veniva, tra l'altro, utilizzato in ambito militare per indicare le truppe di riserva, che rimanevano dietro la linea del fronte pronte ad intervenire, solo in caso di necessità, in sostegno o in sostituzione di coloro che combattevano in prima linea.

I primi riferimenti al concetto di sussidiarietà si trovano all'interno di alcuni

documenti della chiesa cattolica e, in particolare, nell'enciclica "Quadragesimo Anno" di Pio IX del 1931 dove si legge: "... è ingiusto rimettere a una maggiore e più alta società, quello che nelle minori e inferiori comunità si può fare".

La sussidiarietà nella Costituzione

Il principio di sussidiarietà trova la sua definitiva legittimazione nell'approvazione delle modifiche al titolo V della Costituzione, che è la parte che regola i rapporti tra le varie articolazioni del territorio.

In base alle modifiche approvate vengono, tra l'altro, introdotti tre concetti:

- L'equiparazione quanto ad autonomia decisionale e statutaria tra Stato e realtà territorialmente minori (le regioni, le province, le città metropolitane, i comuni, ...);
- La differenziazione delle competenze.

Vengono stabilite le materie la cui competenza *legislativa* è attribuita in modo *esclusivo* allo Stato (tra cui, per esempio, l'immigrazione) e quelle la cui competenza *legislativa* è esercitata in modo *concorrente* da Stato e Regioni (tra cui compare la sanità). Nelle materie di legislazione concorrente allo Stato spetta il compito di determinare i principi fondamentali, mentre alle Regioni spetta quello di dare attuazione a tali principi fondamentali.

- La sussidiarietà. Al comma 1 dell'art. 118 si afferma che "*Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per*

assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza". E ancora, al comma 4 dello stesso articolo si afferma che *"Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".*

Per chiarire ulteriormente cosa s'intende con questo termine, si può dire che, accanto alla lettura in senso *verticale* e *orizzontale*, si può aggiungere quella in senso *passivo* e *attivo*. Si parla di sussidiarietà in senso *passivo* per indicare la non ingerenza da parte dello Stato nella sfera d'azione e di competenza della persona o delle comunità inferiori. Se ne parla in senso *attivo* per indicare invece che ogni autorità è chiamata a favorire o sostenere e, qualora ne sia necessario, anche sostituire, gli attori sociali impegnati in attività sussidiarie se privi dei mezzi necessari o sufficienti a realizzare adeguatamente tali attività.

G. Arena (docente di diritto amministrativo all'Università di Trento e fondatore del Laboratorio per la sussidiarietà) afferma che: *"Una volta individuato, in base al principio di sussidiarietà verticale, il livello istituzionale più appropriato per l'attribuzione di determinate responsabilità, il principio cessa di operare nella sua accezione "verticale" ed inizia ad operare nella sua accezione "orizzontale".* La direzione del rapporto cambia perché si ha un convergere sullo stesso piano di soggetti pubblici e privati per l'assolvimento congiunto delle responsabilità attribuite a quei soggetti pubblici sulla base del principio di sussidiarietà verticale."

Prima dell'approvazione delle modifiche al titolo V della Costituzione ci sono

però stati altri provvedimenti che, in un certo senso hanno preparato il terreno e introdotto l'argomento. Ne citerò due.

1. La legge n. 59 del 1977, cioè la prima delle riforme Bassanini. È il primo testo di legge che utilizza il termine "sussidiarietà", quando, all'art. 4 attribuisce una serie di funzioni amministrative, prima esercitate dallo Stato, all'ambito territorialmente e funzionalmente più vicino ai cittadini "interessati", nell'osservanza dei principi di sussidiarietà, proporzionalità e adeguatezza, ovverosia valutando di volta in volta quale ambito sia più adatto a svolgere quella funzione.

2. La legge n. 328 del 2000, cioè la legge quadro sulle politiche sociali. All'art. 1 comma 4 afferma esplicitamente che *"gli enti locali, le regioni e lo Stato riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi del terzo settore[...] nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".* Inoltre introduce e utilizza alcuni concetti che, oltre ad essere significativi in sé, possono rappresentare degli esempi di strumenti per la realizzazione della "sussidiarietà orizzontale":

- *l'Ambito.* Il territorio viene diviso in "ambiti" (che, in alcuni casi sono costituiti da comuni associati), cui è attribuito il compito di programmare, organizzare e gestire il sistema integrato di interventi e servizi sociali e il compito di amministrare le risorse (art. 8 comma 3);

- *il Piano di zona.* Ogni ambito territoriale ha il compito di elaborare il piano di zona che è il documento che indica gli obiettivi strategici, le priorità d'intervento, le modalità organizzative dei servizi, gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;

- *il tavolo di lavoro.* Viene prevista l'attivazione di tavoli di lavoro sulle tematiche

per cui risulta necessaria una programmazione condivisa. Questi tavoli (tra i cui componenti figurano i rappresentanti delle istituzioni, ma, e a pieno titolo, anche quelli delle realtà del terzo settore) concorrono alla definizione del piano di zona e, quindi, all'individuazione delle modalità migliori per garantire una gestione condivisa degli interventi e dei servizi sociali.

La sussidiarietà nel rapporto tra istituzioni e terzo settore

Quello della sussidiarietà orizzontale è un principio che propone una forma di amministrazione condivisa in cui le azioni di politica, istituzioni pubbliche e cittadinanza (nella doppia veste di singoli individui e di gruppi sociali) convergono nel perseguimento dell'interesse generale.

Dunque, in un certo senso, attiene soprattutto alla dimensione *relazionale*, in quanto parla dei rapporti fra diversi soggetti, tutti dotati di autonomia: i cittadini singoli o associati e le pubbliche amministrazioni.

Ma il principio di sussidiarietà è un principio fragile. Non rappresenta di per sé una norma vincolante, il cui mancato rispetto comporta, per esempio, una sanzione. Per certi aspetti rappresenta più un'indicazione, una dichiarazione d'intenti, una direzione. Ma riguardando sostanzialmente la dimensione relazionale, la sua realizzazione dipende sia dal fatto che tutti i soggetti coinvolti scelgano intenzionalmente di muoversi secondo questo principio, sia da un'interpretazione condivisa di cosa s'intende facendo riferimento a questo termine.

Ma uno dei problemi è che di questo concetto si possono dare interpretazioni diverse, a seconda, per esempio, di come s'intende il ruolo dei soggetti pubblici e di quelli privati nel perseguimento degli interessi comuni. Spesso, infatti, sembra sussi-

ste quello che Gregorio Arena definisce PARADIGMA BIPOLARE che, sostanzialmente concepisce il rapporto fra amministrazione e cittadini come una "continua contrapposizione tra due poli separati e confliggenti".

Esiste poi il rischio che il soggetto pubblico utilizzi il termine sussidiarietà anche nelle situazioni in cui sceglie di attribuire a soggetti privati, magari retribuendone l'attività, funzioni che gli sono proprie, attraverso procedure che di volta in volta possono essere forme di privatizzazione, esternalizzazione, appalto...

In alcuni contesti regionali c'è stata una sorta di "istituzionalizzazione degli apporti privati" che, per altro, viene presentata come una scelta politica dettata dal desiderio di aumentare gli spazi di libertà di scelta dei cittadini.

Ma va ricordato che la privatizzazione dei servizi o l'esternalizzazione di essi non sono conciliabili con il principio di sussidiarietà così com'è formulato nella Costituzione perché, seguendo questa logica, il privato rappresenta solo uno strumento.

E nella prassi?

Per continuare questa riflessione sposterei ora l'attenzione su un altro possibile protagonista della sussidiarietà. E cioè sulle formazioni sociali intermedie e soprattutto sulle associazioni facendo riferimento, in questo momento in modo specifico, a quelle che in Lombardia gestiscono ambulatori medici per persone immigrate. Terrò questo riferimento perché mi pare una situazione emblematica che possa aiutare a proseguire la riflessione.

Proverò in poche parole a tratteggiare un ritratto di queste realtà.

Intanto uno degli elementi unificanti è che tutte gestiscono interventi di medicina generale e di orientamento sanitario per persone migranti. Le dimensioni delle

associazioni e dei servizi gestiti sono varie: alcune sono piccole, altre molto grosse; ci sono associazioni in cui tutti gli operatori sono volontari, altre che hanno dei dipendenti; alcune che operano in sedi proprie, altre in sedi messe a disposizione da enti pubblici o privati; alcune gestiscono ambulatori dedicati alle fasce più deboli o emarginate della popolazione, altre ambulatori rivolti esplicitamente alla popolazione immigrata, altre ancora rivolti esclusivamente alle persone immigrate non iscritte/iscrivibili al SSN. Queste associazioni gestiscono degli ambulatori per i quali hanno ottenuto tutte le autorizzazioni necessarie e magari hanno accordi di collaborazione con enti pubblici per alcuni aspetti del proprio lavoro, ma, fino a qualche mese fa, non avevano sottoscritto alcuna convenzione per la gestione dell'assistenza sanitaria alle persone non iscritte/iscrivibili al SSN.

È all'interno di queste realtà (e del GrIS che ne raccoglie diverse) che, nell'ultimo anno si è aperto un dibattito e un confronto importante. Questo è successo in seguito al verificarsi di due condizioni:

1. la Regione Lombardia (che dall'approvazione della legge n.286 del 1998 non aveva dato indicazioni su come organizzare l'assistenza sanitaria di primo livello per le persone immigrate non iscritte al SSN), nel febbraio del 2009 emana una circolare avente per oggetto "Assistenza sanitaria a favore di cittadini extracomunitari" con cui invita le singole ASL a "individuare e mettere in opera, con le strutture presenti sul proprio territorio e con il ricorso anche alla collaborazione delle associazioni non profit, progetti sperimentali di assistenza che siano efficaci dal punto di vista sanitario, localmente caratterizzati, conformi al modello dei Livelli Essenziali di Assistenza ed in accordo con le norme per l'erogazio-

ne dei servizi. Per tali progetti sperimentali non sono previsti finanziamenti aggiuntivi oltre a quelli già assegnati alle ASL in quota capitaria."

2. alcune ASL hanno effettivamente proposto, e in diversi casi sottoscritto accordi con le associazioni operanti sul proprio territorio, accordi che nella maggior parte dei casi prevedono l'assegnazione ai medici volontari del ricettario regionale che, con l'STP, rappresenta lo strumento per garantire l'accesso alla specialistica, agli accertamenti diagnostici e alla farmaceutica per le persone non iscritte al SSN e seguite nei nostri ambulatori.

Ma è successo anche che, nonostante la disponibilità delle ASL di competenza, alcune associazioni abbiano invece deciso di non accettare la proposta di accordo o le condizioni poste.

La scelta di sottoscrivere un accordo con l'ASL è stata determinata dall'aver visto in questa proposta:

- un'opportunità per offrire maggiori e migliori servizi alle persone che si rivolgono agli ambulatori del volontariato;
- un riconoscimento del valore del lavoro che si svolge e del servizio che si gestisce;
- una delle possibili risposte alla necessità di organizzare l'assistenza sanitaria di primo livello per le persone migranti non iscritte al SSN.

Ma anche il decidere di non sottoscrivere un accordo si è basato su ragioni degne di grande attenzione:

- l'idea che la tutela della salute (almeno negli interventi di primo livello) sia e debba essere "cosa pubblica" per tutte le persone presenti su un territorio;
- la preoccupazione che la progressiva riduzione dell'impegno (soprattutto economico) del pubblico in alcuni settori,

possa portare a lasciare "orfani", scoperti alcuni ambiti d'intervento, soprattutto laddove una presenza forte, organizzata e competente del volontariato sta già storicamente garantendo un servizio;

- il timore che per un'associazione di volontariato il sottoscrivere un accordo (che può essere una convenzione, un protocollo d'intesa o altro) con un ente pubblico per la gestione di un servizio possa tradursi, de facto, nell'accettare una sorta di delega magari per certi aspetti vantaggiosa, ma che potrebbe allontanare nel tempo il riconoscimento effettivo della salute come diritto fondamentale di ogni persona e allontanare l'individuazione di scelte organizzative coerenti con questo principio;

- la profonda consapevolezza dei limiti dell'intervento del volontariato di fronte alle reali esigenze esistenti e alla necessità di garantire un'assistenza sanitaria uniformemente accessibile e fruibile;

- il pensare che lo stipulare una convenzione tra un'organizzazione del terzo settore e un'istituzione pubblica comporta un risvolto, una valenza anche POLITICA che andrebbe valutata tanto quanto i vantaggi dal punto di vista operativo che la convenzione può offrire.

Evidentemente le scelte assunte dalle singole realtà, hanno a che fare profondamente anche con l'identità associativa di ognuna di esse.

E sappiamo che esistono varie forme anche di volontariato. Ad esempio il sociologo Maurizio Ambrosini le analizza utilizzando diversi criteri e parla, tra l'altro, di *Volontariato di cura* indicando quella forma d'intervento diretto nei confronti di persone che manifestano qualche forma di bisogno, disagio, deprivazione. E poi parla di *Volontariato di militanza* a cui attribuisce come finalità il cambiamento della

società nel suo insieme e anche quando questa forma di azione volontaria gestisce dei servizi, i suoi obiettivi hanno una portata più generale.

Seguendo questa logica, se l'associazione è nata per garantire un servizio ad una determinata categoria di persone escluse, l'accordo va sicuramente accettato se rende più efficace l'intervento.

Ma se l'associazione nasce per diffondere una cultura e lavora per promuovere il riconoscimento di un diritto, di per sé, la gestione di un ambulatorio o di un servizio, è solo uno *strumento* e non il *fine*. E allora di fronte ad un'offerta che faciliterebbe sì il servizio (e quindi l'utenza), ma sembrerebbe allontanare il pieno raggiungimento dell'obiettivo, può essere coerente anche non accettare un accordo.

Questa decisione ha rappresentato un passaggio importante per tutte le associazioni coinvolte e, in qualche caso, è diventata una delle occasioni dove, secondo me, si è sperimentata quella che Max Weber chiama *collisione di valori*. Proprio su questa scelta, per alcuni si è giocato il confronto tra *l'etica dei principi* - anche detta etica delle intenzioni o delle convinzioni - e *l'etica della responsabilità*. La prima è quella di chi fa riferimento a principi assoluti, che vengono assunti a fondamento di una decisione a prescindere dalle conseguenze a cui conducono. La seconda è invece quella di chi agisce tenendo sempre presenti le conseguenze di ciò che fa e agisce addirittura proprio guardando a tali conseguenze.

Per quanto possa apparire quasi paradossale l'etica dei principi e quella della responsabilità, credo, non costituiscano necessariamente due poli assolutamente opposti. Forse possono invece rappresentare due elementi complementari, che soltanto insieme creano le condizioni per un'azione veramente politica.

L'azione politica (come secondo me è quella di ogni associazione e tanto più quella di una rete di associazioni) punta al superamento lento ma tenace delle difficoltà che si presentano, e per far questo richiede una grande spinta ideale, ma richiede anche una grande capacità di discernimento di ciò che è possibile in quello spazio e in quel tempo.

Considerazioni finali

Il principio di sussidiarietà suggerisce un modello sociale partecipato e condiviso che mi pare interessante.

Certo l'agire secondo la logica del principio di sussidiarietà è il risultato di un processo che non si realizza mai in modo definitivo, ma rappresenta anche uno stile, una modalità di vivere la relazione tra terzo settore e pubblico che è da sperimentare, proporre, richiedere, sollecitare con la convinzione che si possano creare alleanze anche tra soggetti che rimangono distinti e diversi, come diverse sono le rispettive responsabilità.

Infine solo una parola sulla SIMM e sui GrIS che sono già nella condizione di sperimentare modalità di lavoro "sussidiarie" sia per il fatto che raccolgano persone che provengono da realtà istituzionali o associative diverse, che hanno appartenenze territoriali e professionali diverse, che hanno responsabilità diverse, sia, contemporaneamente, per la scelta di metodo di muoversi come reti all'interno di una società complessa.

In particolare i GrIS, che agiscono in un dimensione locale, hanno la possibilità di

giocare il proprio ruolo proponendosi come interlocutori competenti, credibili, ma anche critici, in tema di salute e immigrazione. Già sono luoghi di elaborazione di riflessioni su questo tema. Già collaborano o ricercano contatti con le istituzioni preposte alla tutela della salute o alla formazione del personale sanitario; e poi, fanno sentire la propria voce; suggeriscono elementi di principio, di opportunità, di ragionevolezza; propongono elementi di attenzione, ipotizzano soluzioni possibili. Proprio compiendo tutte queste azioni i GrIS possono essere le figure che, ognuna nel proprio territorio, suggeriscono e propongono il principio di sussidiarietà come una strada da percorrere.

Bibliografia

- Arena G. *Cittadini attivi*, Laterza 2006.
 Arena G, Cotturri G. *Come la sussidiarietà può salvare l'Italia*, Carocci 2010.
 Donati P. *La cittadinanza societaria*, Laterza 1993.
 Donati P, Colozzi I. *La sussidiarietà. Che cosa è e come funziona*, Laterza 2000.
 Ambrosini M. *Scelte solidali*, Il Mulino 2005.
 Weber M. *La scienza come professione. La politica come professione*, Edizioni di Comunità, 2001.
 Massa Pinto I. *Il principio di sussidiarietà. Profili storici e costituzionali*. Jovene 2006.
 Rossi S. *Sussidiarietà: dalle origini alla giuridificazione del concetto*. www.personaedanno.it

Contatto: Maria Chiara Boninsegna
 (bmc2564@yahoo.it)

Traumi premigratori, difficoltà di vita post-migratorie e sofferenza psichica

Massimiliano Aragona

Progetto "Ferite Invisibili", Area Sanitaria Caritas, Roma

Premessa generale

In questa relazione verranno presentati i dati di una serie di ricerche condotte in vari paesi sulla relazione tra esperienze potenzialmente traumatiche, difficoltà di vita incontrate dai migranti nel paese ospite e conseguente disagio psichico. Sono dati di tipo quantitativo in linea con gli standard internazionali, sono cioè "evidenze" scientifiche. Benché nel campo biomedico si tenda a dare a questo tipo di dati una sorta di privilegio epistemico, in molti altri ambiti disciplinari sono state avanzate critiche a vari livelli. Qui non si potrà replicare ad ogni possibile critica ma si può almeno sottolineare che chi scrive è consapevole delle problematiche epistemologiche e metodologiche connesse alla riduzione della complessità della fenomenica psicopatologica a punteggi di questionari da correlare statisticamente a eventi e fattori sociali. Tuttavia, si ritiene che la paziente e faticosa formalizzazione delle osservazioni qualitative fatte nell'incontro clinico, formalizzazione eseguita con strumenti atti a una valutazione scientifica, possa essere un importante ausilio alla discussione scientifica su un tema così complesso e che spesso si presta a strumentalizzazioni per i fini più vari. In breve, pur rendendosi conto che le correlazioni statistiche sono su costrutti e quindi necessitano di essere sempre rela-

tizzate al contesto della ricerca effettuata, le evidenze che si ottengono hanno però un buon grado di affidabilità e riproducibilità che le rende atte a fare da base per la discussione scientifica.

Nel contesto della Caritas le nostre ricerche hanno valenze diverse. All'interno dell'Area Sanitaria servono da feedback agli operatori per elaborare progetti specifici di gestione clinica del disagio psichico, agevolando lo scambio di informazioni e la collaborazione tra medici e operatori della salute mentale. All'esterno, invece, rappresentano un valido strumento trasferibile ad altre strutture cosicché queste informazioni possano fornire la base per un processo di scambio di informazioni e di formazione nel campo. Ancora, questi dati e le riflessioni attorno ad essi indirizzano il gruppo sulle odalità più idonee per fare emergere il disagio e il bisogno di cura, possono essere usati per la valutazione di efficacia degli interventi proposti, di soddisfazione dell'utenza, di impatto sulla qualità della vita, etc. Infine, permettono di avere una base scientifica che sostenga le raccomandazioni rivolte alla società su cosa sarebbe importante migliorare nelle politiche di accoglienza dei migranti al fine di implementare la salute mentale e le possibilità di progetti migratori soddisfacenti.

Esperienze di vita potenzialmente traumatiche premigratorie, migratorie e post-migratorie

In salute mentale è ampiamente riconosciuto che aver vissuto esperienze traumatiche e situazioni di importante disagio sociale sia legato all'insorgenza, mantenimento e/o peggioramento di diversi quadri psicopatologici. In ambito migratorio i fattori potenzialmente traumatici sono molteplici. Molti dei nostri migranti scappano da situazioni di guerra, estrema povertà, rischio concreto di vita, etc. Sono queste esperienze che spesso ingenerano terrore e paura per l'incolumità propria e dei propri familiari. Scappare da quelle situazioni è un modo per mettere in salvo la vita, ma spesso le persone continuano a portarsi dentro ben più del ricordo di ciò che hanno vissuto. Come se non fosse sufficiente, diverse ricerche attestano che le stesse persone sono a rischio di ulteriori ritraumatizzazioni, che nel caso dei migranti avvengono già durante il viaggio (si pensi al rischio di annegare, o di morire congelati in un valico di montagna o di sete nel deserto, etc.), nel passaggio nei paesi di transito (si pensi alle violenze sessuali e alle violenze in carcere che negli anni scorsi molti centroafricani hanno subito in paesi come la Libia). Infine, c'è l'arrivo in un paese occidentale che spesso si rileva molto meno accogliente delle attese; qui i traumi gravi sono meno frequenti ma tutta una serie di difficoltà di vita possono (lo vedremo) peggiorare sensibilmente il disagio psichico. Benché ad oggi non esistano strumenti di valutazione totalmente soddisfacenti, una stima almeno grossolana dell'impatto di questi eventi è possibile grazie a test come l'Harvard Trauma Questionnaire o il Post-Migration Living Difficulties Questionnaire.

Forme della sofferenza psichica

Anche se nella Letteratura il disturbo

più studiato e discusso in relazione a queste esperienze è il cosiddetto Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) occorre sin d'ora sottolineare che le reazioni psicopatologiche a eventi traumatici e/o di forte disagio sociale possono essere le più varie e almeno in parte culturalmente determinate. I dati successivi sono su alcune possibili sindromi psicopatologiche correlabili a questi eventi, però molti altri quadri tra cui scompensi psicotici e abusi di sostanze possono essere presenti e necessitano di ulteriori studi. I quadri psicopatologici su cui si concentrerà questa relazione sono il PTSD, caratterizzato da sintomi come l'incapacità di staccarsi dall'evento traumatico (continuamente rivissuto mediante ricordi, sogni ripetitivi ed intrusivi, immagini, pensieri e flashback), l'evitamento degli stimoli associati al trauma (luoghi, persone, attività, ecc.), difficoltà nella rievocazione completa del trauma o sintomi di iper-attivazione (ad esempio, disturbi del sonno, irritabilità, rabbia, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione, eccessive risposte di allarme). Altri quadri studiati sono la depressione, la sindrome di ansia e le sindromi di somatizzazione (ovvero la tendenza a esprimere con sintomi corporei il sottostante disagio psichico). In questi ultimi casi la sfida è particolarmente importante per il medico perché il paziente lo contatta per un problema somatico e riuscire a cogliere il bisogno sul piano psichico e trovare il modo di far accettare al paziente una risposta che non sia un accertamento o una terapia per il sintomo fisico è tutt'altro che scontato.

I dati di ricerca

La Letteratura internazionale sulla relazione tra eventi traumatici, difficoltà sociali e immigrazione è piuttosto ricca, seppur con alcuni limiti. Ad esempio, mentre vi sono numerosi dati sui rifugiati e un certo nume-

ro di ricerche su popolazioni specifiche residenti ("minoranze etniche") confrontate con i residenti "indigeni", molto meno materiale si trova su migranti "ordinari" (ovvero quella popolazione che frequenta i nostri ambulatori ed è composta da un misto di migranti per ragioni economiche, rifugiati, ricongiunti, etc. Ancora meno sono i dati sui migranti senza permesso di soggiorno.

Per ciò che riguarda i rifugiati e richiedenti asilo le ricerche sono, come si diceva, molteplici. Una buona sintesi si trova in una meta analisi su 7000 rifugiati che riporta una prevalenza di PTSD tra il 9 e l'11% e di depressione del 5%. Dagli studi internazionali emerge abbastanza chiaramente che tra gli immigrati c'è un rischio significativo di PTSD a causa della presenza di eventi traumatici importanti e ripetuti nella loro storia migratoria. Inoltre, gravi difficoltà vitali post-migratorie come il ritardo nell'evadere le pratiche di asilo, le difficoltà nel rapportarsi con gli ufficiali addetti al rilascio dei documenti, difficoltà a trovare lavoro, discriminazione razziale e solitudine possono contribuire significativamente sia all'esordio che al mantenimento di un quadro di PTSD. Infine, recenti studi fanno vedere come aver subito difficoltà post-migratorie (es. essere stati rinchiusi in centri di detenzione in attesa del rilascio del documento, oppure aver avuto un documento temporaneo anziché a tempo indeterminato) comporta un peggioramento nella performance (ad es. l'apprendimento della lingua del paese ospite, etc.) che si mantiene nel tempo (in questo caso a due anni di distanza). Mentre questi appena discussi sono dati sui rifugiati e richiedenti asilo, il nostro gruppo ha cercato di dare un contributo alla conoscenza di queste problematiche nella popolazione più generale di immigrati afferenti al nostro ambulatorio. Occorre sottolineare che non si tratta di una popolazione di pazienti psichiatrici ma

di pazienti che si rivolgono all'ambulatorio chiedendo una visita al medico di base.

Ecco alcune delle questioni che ci siamo posti e le risposte che al momento le ricerche ci suggeriscono:

1. *Che relazione c'è tra eventi potenzialmente traumatici, pre-migratori e migratori, e insorgenza di psicopatologia?* I dati suggeriscono che all'aumentare del numero degli eventi traumatici aumenta significativamente il numero di sintomi di PTSD, depressione e somatizzazione, così come aumenta significativamente il rischio relativo di avere un PTSD.

2. *Quali sono le difficoltà di vita post-migratorie più frequenti nei nostri pazienti?* I nostri pazienti riportano più di frequente: il non avere il permesso per poter lavorare (38,6%), lo stato di povertà (34,5%), la difficoltà a trovare lavoro (33,8%), l'impossibilità di tornare a casa in caso di emergenza (32%), le preoccupazioni per le sorti dei familiari rimasti al paese (29,9%).

3. *Che relazione c'è tra difficoltà di vita post-migratorie e psicopatologia?* All'aumentare del numero di difficoltà aumenta il numero di sintomi di PTSD, ansia, depressione e somatizzazione. Inoltre, i pazienti con PTSD hanno più difficoltà dei pazienti senza PTSD e all'aumentare del numero di difficoltà aumenta il rischio relativo di PTSD.

4. *Ma quanto sono frequenti questi disturbi psicopatologici?* Una sindrome da somatizzazione è presente nel 25% dei pazienti, con una maggior prevalenza nelle donne, nei sudamericani e probabilmente in alcuni gruppi di africani. Il 10% presenta un quadro di PTSD. Ansia e depressione arrivano ad interessare quasi la metà del campione.

5. *Che relazione c'è tra di essi?* Ansia, depressione, somatizzazioni e PTSD sono altamente correlati, tanto che nel nostro campione non c'era neanche un caso di

PTSD "puro". Traumi premigratori, difficoltà postmigratorie, somatizzazioni e PTSD sono strettamente correlati.

Conclusioni

In conclusione, sulla base di quanto esposto ci si sente di fare le seguenti osservazioni. Primo, le somatizzazioni sono frequenti nei nostri pazienti (circa uno ogni quattro), e sono una possibile "spia" di un possibile disagio posttraumatico non riferito e non rilevato, dunque "invisibile". Secondo, non solo tra i rifugiati, ma anche in gruppi di immigrati giunti in Italia per altre ragioni (economiche, di studio, per ricongiungimento familiare) afferenti a un servizio di medicina generale si riscontra una significativa prevalenza di quadri psicopatologici legati ad ansia, depressione, sintomi post-traumatici e somatizzazione. Terzo, aver subito traumi nel paese di origine, così come vivere in condizioni disagiate nel paese ospite tende a peggiorare il livello di sofferenza psicopatologica. Se la riduzione della possibilità di incorrere in esperienze traumatiche premigratorie richiede un lungo lavoro a livello internazionale per ridurre le disuguaglianze e la conflittualità in molte zone del mondo, i tempi potrebbero essere decisamente più brevi per intervenire sulle difficoltà di vita post-migratorie. Vista la loro alta frequenza e l'impatto esercitato dalle stesse sulla salute mentale dei migranti (e di conseguenza sulle possibilità di integrazione sociale e sui comportamenti a rischio), è da sottolineare l'importanza di considerare attentamente le politiche di accoglienza, al fine di diminuire i fattori di rischio e la possibile traumatizzazione secondaria.

Bibliografia essenziale

Aragona M, Catino E, Pucci D, et al. The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving

primary care services. *J Trauma Stress* 2010; 23:615-22.

Aragona M, Pucci D, Carrer S, et al. The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Ann Ist Super Sanità* 2011;47:207-13.

Aragona M, Rovetta E, Pucci D, Spoto J, Villa AM. Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethn Health* 2012; Epub ahead of print.

Carrer S, Meuti V, Catino E, et al. Immigrazione, traumi, difficoltà vitali e psicopatologia: uno studio preliminare in un setting di medicina generale. *Riv Psichiatria* 2011;46:129-39.

Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry* 2011;57:107-19.

Kaltman S, Green BL, Mete M, Shara N, Miranda J. Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants. *Psychol Trauma* 2010;2:31-9.

Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove DM, Brooks R. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *MJA* 2006; 185: 357-61.

Nickerson A, Steel Z, Bryant R, Brooks R, Silove D. Change in visa status amongst Mandaeen refugees: relationship to psychological symptoms and living difficulties. *Psychiatry Res* 2011;187:267-74.

Schweitzer RD, Brough M, Vromans L, Asic-Kobe M. Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Aust NZJ Psychiatry* 2011;45:299-307.

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Brit J Psychiatry* 1997;170:351-7.

Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Soc Sci Med* 2011;72:1149-56.

Contatto: *Massimiliano Aragona*
(massimiliano.aragona@uniroma1.it)

La visita medica con i rifugiati: bisogni psichici e strategie relazionali

Marco Mazzetti

Area sanitaria Caritas Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Il trauma e la migrazione

Anche se non sono molte le ricerche estensive sui fattori post-esilio in grado di influire sulla morbilità psichica dei rifugiati, esse sono comunque concordi (e con queste l'esperienza clinica quotidiana) nel sottolinearne l'impatto, accompagnate dall'osservazione che con frequenza il disagio e i sintomi psichiatrici dei rifugiati si aggravano dopo l'arrivo nei paesi ospiti.

Un soggetto che abbia sofferto di traumi psichici è più facilmente traumatizzato se esposto nuovamente a stressors, con un processo di sommatoria del danno (Mazzetti, 2008a, 2008b).

Il rifugiato traumatizzato, quindi, non è solo un soggetto più fragile in quanto migrante, perché in lui i fattori di vulnerabilità sono dominanti rispetto a quelli di resilienza, ma lo è anche nello specifico della psicotraumatologia, perché essendo già stato traumatizzato è particolarmente vulnerabile a nuovi traumi.

La migrazione agisce come evento ritraumatizzante con tre modalità principali:

- *Creazione di un contesto deculturante*: lo stress da transculturazione agisce in modo più profondo e violento nel paziente che sta già soffrendo di una crisi della propria identità culturale, che è stato "deculturizzato" dalle violenze, dai sovvertimenti sociali e/o dalla tortura.

- *Solitudine sociale*: spesso il richiedente asilo viene alloggiato in luoghi in cui

è riunito con altre persone solo in base al fatto di condividere con queste uno status giuridico, e si trova quindi a convivere con individui di cui non parla la lingua e non comprende le abitudini, il che accentua la sua percezione di isolamento e di estraniamento dall'ambiente circostante. Evento ritraumatizzante per chi ha perduto tutti i suoi contatti sociali, oltre che le relazioni affettive più intime.

- *Esposizione a stimoli scatenanti*: i primi contatti con la terra ospite avvengono spesso con militari o forze di polizia, e l'esposizione alle divise può essere, in soggetti con aumentato arousal come è tipico del PTSD, uno stimolo ansiogeno violento, se hanno imparato a temerle. Anche i centri in cui i richiedenti asilo sono ospitati, che a volte sono strutturati come luoghi di detenzione (ospiti reclusi, sbarre alle finestre), possono costituire una situazione ritraumatizzante per chi ha sperimentato la reclusione; in alcuni casi sono detenuti addirittura in carceri comuni (Silove e coll., 2001).

Per quanto confortevole possa essere il luogo della detenzione, le serrature chiuse, il rumore delle porte delle celle e le uniformi evocano memorie traumatiche potentissime (Burnett e Peel, 2001).

Anche le procedure a cui viene sottoposto il richiedente asilo (interrogatori ripetuti, spesso con un atteggiamento investigativo, di sfiducia nei suoi confronti)

possono ripetere qualcosa di già vissuto, se ha subito detenzioni e interrogatori di polizia. Non va dimenticato che questi fatti si verificano in una situazione emotiva difficile, perché l'iter della richiesta di asilo politico è talora lungo e caratterizzato dal continuo terrore di essere rinviati nel paese d'origine (Sinnerbrink e coll., 1997).

Considerazioni analoghe valgono anche per procedure apparentemente innocue, come una visita medica: esporre il proprio corpo nudo in mezzo a persone vestite, essere manipolato da estranei può scatenare crisi d'ansia improvvise nelle vittime di tortura.

La mancanza di consapevolezza del rischio di ritraumatizzazione può portare al paradosso di interventi socio-riabilitativi non ben calibrati che conseguono effetti opposti a quelli sperati.

La ripetizione dei traumi, dovuta al contesto deculturizzante, all'isolamento, alla minaccia di un rimpatrio forzato, e agli stimoli evocativi di un passato terrificante, come quelli che abbiamo descritto, aumenta il rischio di disturbi mentali severi che inficiano le capacità di adattamento nei paesi ospiti e possono avere effetti disabilitanti a lungo termine.

Strategie di intervento

Delineo qui strategie di accoglienza e di intervento specificatamente pensate per interventi di rete psico-sociali, basate su presupposti psicoterapeutici benché in larga parte messe in atto da diverse figure di operatori sociali.

Le strategie sono qui riassunte (da Mazzetti, 2008b, modificato):

* *Scelta/preparazione del personale di accoglienza*

* *Luoghi di accoglienza adeguati*

* *Procedure per la concessione dell'asilo*

- chiare, comprensibili, accessibili e rapide
- commissioni preparate sui problemi psichici dei richiedenti asilo
- audizioni accompagnate
- ricongiungimenti familiari agevolati

* *Organizzazione di servizi specifici*

- promozione della socializzazione
- visite mediche accurate e sensibili alle esigenze relazionali dei pazienti
- sorveglianza sulle condizioni psichiche

* *Costruzione di reti di servizi*

* *Offerta psicoterapeutica specializzata*

Come si vede, le strategie di igiene mentale dipendono solo in parte dal personale psichiatrico, e molto di più sono legate a interventi sociali adeguati. Consideriamo qui di seguito gli specifici punti:

- *Personale di accoglienza.* È utile che il personale che opera nella prima accoglienza sia civile, evitando l'impiego di forze militari o di polizia; anche se queste ultime fossero (come a volte sono) ben addestrate al compito, la loro stessa immagine può costituirsi come stimolo scatenante crisi d'ansia, come si è detto, soprattutto in pazienti con PTSD.

Il personale deve essere efficacemente formato, per gestire gli stimoli relazionali complessi che provengono dai richiedenti asilo. Ad esempio, crisi disforiche improvvise o contraddizioni nei racconti delle loro vicende non sono necessariamente segno di personalità aggressive o di tentativi di mentire, ma possono essere sintomi di specifica sofferenza psichica. A tutti dev'essere offerto attivamente un counseling in grado di operare uno screening dei soggetti a rischio psicopatologico. L'offerta

attiva è fondamentale, perché la rinuncia a chiedere aiuto fa parte dei quadri clinici che abbiamo descritto e delle corrispettive decisioni di copione.

Va anche attivamente offerta un'assistenza medica con personale specificatamente formato sul piano relazionale: come si è detto in precedenza, visitare un sopravvissuto a torture comporta rischi e richiede cautele particolari, sia dal punto di vista dell'assistito che da quello dell'operatore, esposto al rischio di traumatizzazione secondaria.

- *Luoghi di accoglienza:* oltre a possedere i requisiti igienici base, devono essere luoghi tranquilli, dove sia possibile avere spazi riservati, e dove il riposo sia facilitato. È esperienza comune di noi clinici quella di incontrare pazienti sofferenti per privazione del sonno: l'arousal aumentato determina continui risvegli o crisi d'ansia, durante la notte, se i richiedenti asilo sono costretti a vivere in ambienti sovraffollati, in cui stimoli rumorosi (persone che entrano e escono dalla stanza, porte che sbattono) sono ripetuti; è questa una situazione comune nelle case d'accoglienza nel nostro paese, dove spesso è proibita anche la permanenza nelle ore diurne. Questi soggetti hanno bisogno di vivere in un ambiente che abbiano l'impressione di poter controllare. Ovviamente centri di pseudo-reclusione o carceri vanno evitati.

- *I paesi d'asilo devono impegnarsi a disegnare procedure chiare, comprensibili, facilmente accessibili e soprattutto rapide* per il riconoscimento dello status di rifugiato. Il personale delle commissioni che decidono sulla concessione dell'asilo dev'essere addestrato in modo da comprendere le difficoltà del richiedente nel raccontare la sua storia: anche qui, le possibili contraddizioni di un racconto possono essere segno del disorientamento tem-

porale di cui soffrono alcune vittime di violenza, e non di menzogne. Nella nostra esperienza abbiamo incontrato richiedenti asilo, vittime di tortura particolarmente sofferenti, che si sono visti negare lo status di rifugiato perché incapaci di ricostruire con precisione la loro storia.

La normativa italiana opportunamente concede ai richiedenti asilo di deporre davanti alle commissioni in compagnia di una persona di fiducia. Il peso dell'interrogatorio ne viene alleviato, perché le somiglianze con interrogatori di polizia senza tutele legali vengono ridotte, è rinforzato il senso di sostegno sociale. Non sempre tuttavia questa normativa sembra essere accuratamente applicata.

Le pratiche per eventuali ricongiungimenti familiari devono seguire percorsi privilegiati in grado di renderle il più rapido possibile.

Ai richiedenti asilo dev'essere fornita, fin dall'inizio dell'iter burocratico, l'informazione riguardo all'opportunità di farsi accompagnare da certificazioni mediche o psichiatriche al momento dell'audizione presso le commissioni, e alle modalità per ottenerle. Molto spesso questo passaggio decisivo manca.

- *Servizi specifici.* I programmi per l'assistenza ai rifugiati devono prevedere personale sociale e sanitario specificatamente formato e i servizi devono essere forniti con modalità attive, per la tendenza di questi pazienti a ritirarsi e a non cercare attivamente le cure.

Il primo obiettivo di questi servizi dev'essere quello di promuovere una socializzazione protetta per il rifugiato. Può essere raggiunto con modalità differenti: gruppi di discussione che abbiano lo scopo di aiutare la persona a dare un senso alle esperienze passate, attività di gruppo come l'arteterapia, corsi di lingua tenuti da personale capace di comprendeere

re le difficoltà di apprendimento, spesso presenti a causa della sofferenza psichica. In tutte queste attività è necessario informare continuamente il rifugiato del fatto che le sue eventuali difficoltà sono reazioni normali a esperienze anormali, e non segno di sue debolezze.

È necessaria una sorveglianza continua delle condizioni di salute psichica dei rifugiati in modo da indirizzare con la massima tempestività possibile le persone che ne hanno bisogno alle cure specialistiche.

Le *visite mediche* devono essere condotte con particolare cura. È necessario che la relazione sia accogliente, che il paziente si senta compreso e accolto, con un atteggiamento delicato ed empatico, e con un'appropriatezza di tempo. È utile che gli operatori sanitari imparino a tollerare gli attacchi che spesso questi pazienti presentano a causa del loro aumentato arousal e dei non rari atteggiamenti di tipo paranoideo che sviluppano, e a gestire le frustrazioni che derivano da ciò e da una frequente mancata collaborazione e compliance: è necessario tenere a mente che tutto ciò fa parte della sintomatologia. L'atteggiamento inoltre dev'essere di sostegno e incoraggiamento, ma senza paternalismo: il paziente ha bisogno di sentirsi rispettato e stimato, e ci si può aiutare tenendo a mente le sue capacità, che spesso appaiono straordinarie, di aver saputo sopravvivere e far fronte a situazioni tanto difficili; lo scopo è quello di realizzare una relazione paritaria.

È fondamentale anche dare il senso di una relazione affidabile, in particolare con il rispetto di orari e impegni, e leale: il rischio di fraintendimenti con questi pazienti è elevato, ed è quindi necessaria una massima trasparenza; questa si ottiene garantendo esplicitamente sulla riservatezza delle visite, e spiegando ogni passaggio della consultazione. Ad esempio,

annunciando le proprie mosse in modo esplicito: "ora dovrò applicarle degli elettrodi per registrare l'attività del suo cuore..."; entrando successivamente nei dettagli e chiedendo esplicitamente il consenso prima di ogni passaggio. Può anche essere utile spiegare i propri pensieri e le proprie motivazioni, rassicurarlo sulla possibilità di interrompere quando vuole la visita, in modo che il paziente si percepisca come parte attiva del processo di consultazione medica, così da segnare una netta differenza rispetto alle esperienze di violenza e tortura, in cui era oggetto passivo degli atti altrui.

Può essere necessario che l'utilizzo di interpreti sia da evitare, o comunque avvenga in modo cauto, perché venendo dallo stesso contesto in cui si è subita la violenza, potrebbero apparire al paziente come potenziali complici. A volte, inoltre, i mediatori possono paradossalmente ostacolare la comunicazione anziché agevolarla, perché il paziente vittima di violenza spesso si vergogna di quanto ha subito, e comunicarlo a qualcuno che proviene dal suo stesso ambito culturale può apparirgli ancora più ostico. Quando si utilizzano i mediatori, è necessario che i sanitari abbiano comunque un contatto diretto con il paziente, dialogando in prima persona, e avendo un contatto visivo diretto con questi.

- *Creazione di reti di servizi.* Il rifugiato ha spesso necessità di molti servizi diversi: assistenza medica, psicologica, sociale, legale, corsi di istruzione, accompagnamento al lavoro, ricerca di un'abitazione. È necessario che i servizi che se ne occupano siano costituiti in una rete in grado di agevolare i percorsi: oltre ai risultati pratici che questo comporta, vi è anche un vantaggio ulteriore per la salute psichica, perché una rete di questo tipo, composta da personale preparato, contri-

buisce a rompere l'isolamento sociale del rifugiato. La soluzione ottimale è che ci sia una figura professionale di riferimento (assistente sociale o altro) in grado da fare da ponte tra i vari servizi e che accompagni la persona lungo i suoi percorsi.

- *Offerta psicoterapeutica specializzata.* L'offerta di assistenza psicoterapeutica necessita non solo di specialisti esperti in campo psicotraumatologico, ma anche di persone con competenze specifiche nel settore della violenza intenzionale. Trattare una vittima di torture è diverso dalla riabilitazione di una persona dopo un incidente stradale o un terremoto (Herman, 1997). L'intenzionalità dell'atto, come abbiamo visto, ha conseguenze specifiche sia sulla psicodinamica della sofferenza che sul complesso del quadro clinico e richiede interventi mirati, che tengano conto, tra l'altro, in particolare delle dinamiche di introiezione dell'aggressore (Stuthridge, 2006, Sironi, 1999).

Conclusioni

L'approccio alla migrazione come a un evento traumatico consente, ragionando in termini di resilienza e di vulnerabilità, di offrire strategie per la gestione clinica e psico-sociale dei pazienti stranieri.

Esso ci fornisce in particolare un modello per comprendere le modalità di ritraumatizzazione dei rifugiati nella terra d'asilo e quindi per progettare specifici interventi di tutela. La gestione di questi pazienti, spesso gravemente traumatizzati dai precedenti eventi della loro vita, date le peculiarità della loro condizione e della rilevanza della componente sociale nel loro adattamento alla nuova realtà, mira a costruire reti integrate di aiuto psico-sociale.

In particolare le visite mediche appaiono

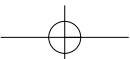
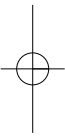
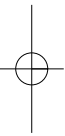
essere momenti di grande delicatezza, per le implicazioni relazionali che presentano.

L'assistenza integrata a pazienti immigrati e psicotraumatizzati, clinica e sociale, si è rivelata utile ed efficace, e consente di curare persone che fino a non molti anni fa sembravano incurabili. Inoltre può costituire un esempio di intervento complesso che può verosimilmente essere esteso ad altri campi della sofferenza psichica, costituendo un modello promettente di psichiatria sociale.

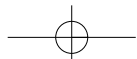
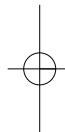
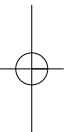
Bibliografia

- Burnett A, Peel M. (2001a): *Asylum seekers and refugees in Britain*. The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ*; 322: 606-609.
- Herman, J. L. (1997), trad. it. *Guarire dal trauma*. Edizioni Magi, Roma, 2005.
- Mazzetti, M. (2008a), *Trauma e migrazione. Un approccio AT a rifugiati e vittime di tortura*. Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane, 49.
- Mazzetti, M. (2008b), *Trauma and Migration. A Transactional Analytic Approach towards refugees and torture victims*. *Transactional Analysis Journal*, 38, 4: 285-302.
- Silove D, Steel Z, Mollica R. (2001), *Detention of asylum seekers: assault on health, human rights, and social development*. *Lancet*; 357: 1436-1437.
- Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z, Manicavasagar V. (1997), *Compounding of pre-migration trauma and post-migration stress in asylum seekers*. *J Psychol*; 131:463-70.
- Sironi, F. (1999): *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la Torture*. Editions Odile Jacob, Paris.
- Stuthridge, J. (2006): *Inside out: A Transactional Analysis model of trauma*. *Transactional Analysis Journal*, 36, 4: 270-283.

Contatto: Marco Mazzetti
(marcomazzetti.at@libero.it)



ABSTRACT



Nota

Questa parte del volume riporta gli abstract delle comunicazioni e dei poster presentati al XII Congresso Nazionale SIMM. Gli abstract sono divisi per ambiti tematici (le testatine riportano i titoli delle sessioni) mentre le lettere (C) o (P) accanto al titolo indicano che si tratta di una comunicazione o di un poster.

Un Po di Gange: progetto di salute per gli allevatori immigrati (C)

MONICI L.*, BONVICINI F.*, FABBRI A.***, GUIDI L.^, MAGNANI I.^, MOZZANICA S.^, POETA A.^., SEVERI C.*

*Servizio Igiene e Sanità Pubblica; **Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione; ^Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro; ^^Servizio Sanità Pubblica Veterinaria. AUSL Reggio Emilia

Obiettivi

La Provincia di Reggio Emilia si caratterizza per un elevato numero di allevamenti di bovini, dedicati alla produzione del latte per la lavorazione del Parmigiano Reggiano, dove sono impiegati in prevalenza lavoratori indiani che, per difficoltà linguistiche, sono stati scarsamente formati dai datori di lavoro su temi inerenti: prevenzione degli infortuni sul lavoro, la sicurezza alimentare, igiene e buone pratiche della mungitura. Nel 2004 è nato il progetto per la tutela della fasce deboli del Dipartimento Sanità Pubblica con l'obiettivo, tra gli altri, di promuovere posti di lavoro sani, aumentando le conoscenze igienico-sanitarie, la percezione del rischio e la sicurezza dei lavoratori stranieri.

Metodi

Sono stati programmati sopralluoghi congiunti tra SPSAL e SSPV presso allevamenti di bovini utilizzando una specifica check-list, dai quali sono emerse carenze relative a: formazione ai lavoratori, utilizzo dei DPI e conoscenza delle norme igieniche. Sono stati realizzati incontri informativi/formativi in presenza del mediatore culturale durante l'orario di lavoro, a cui hanno partecipato anche alcuni datori di lavoro. I temi affrontati: l'igiene della mungitura, la profilassi delle malattie infettive, la sicurezza negli ambienti di lavoro e l'utilizzo dei DPI. È stato distribuito materiale informativo in lingua ed è stato proposto, ed in molti casi effettuato, il Test Mantoux. È stato inoltre verificato lo stato vaccinale e offerta la vaccinazione antitetanica. Nello stesso periodo, per coinvolgere in modo capillare la comunità indiana, sono stati realizzati incontri all'interno del tempio sikh di Novellara (secondo tempio in Europa).

Risultati

Dal 2005 al 2011 sono stati eseguiti 26 sopralluoghi e realizzati 5 incontri informativi/formativi presso le sedi AUSL con la partecipazione di 161 lavoratori e 4 incontri presso il tempio sikh. Il 56% dei partecipanti ha eseguito test Mantoux e il 51% la vaccinazione antitetanica.

Conclusioni

La creazione di progetti che, individuando target puntiformi, spaziano dall'attività di controllo e formativa a quella prettamente sanitaria si è rivelata una strategia vincente per promuovere la cultura della sicurezza sul lavoro e favorire la creazione di un posto di lavoro sano nella popolazione immigrata.

Contatto: Lucia Monici (monici@ausl.re.it)

Il disagio della cura. I vissuti professionali delle assistenti familiari migranti occupate in Italia (C)

SARLI A.
Fondazione ISMU

Obiettivi

Esiste una relazione tra il disagio psicosociale delle assistenti familiari migranti occupate in Italia, i loro vissuti professionali e le loro percezioni relative alla posizione occupata nel mercato del lavoro? La domanda nasce da una serie di spunti suggeriti dalla letteratura sociologica, antropologica, psicologica ed etnopsichiatrica, che evidenziano da un lato la centralità del lavoro nell'esistenza delle persone migranti e la sua influenza sul loro benessere psicosociale, dall'altro le molteplici criticità dei processi di incorporazione della manodopera straniera nel mercato occupazionale italiano. In particolare il mercato privato di cura, così attrattivo nei confronti dell'offerta migrante femminile, è caratterizzato da peculiari nodi problematici. Verificare la pertinenza della relazione ipotizzata ed indagare come il lavoro influenzi la produzione e l'espressione del disagio, oltre al suo trattamento nel sistema sanitario nazionale, è l'obiettivo cardine di questo contributo, basato su una ricerca condotta tra il 2008 e il 2010 nei comuni di Parma, Fidenza, Reggio Emilia e Modena.

Metodi

La griglia teorica di riferimento è largamente ispirata al sociocostruzionismo ed alla teoria dei sistemi sociali. L'approccio metodologico è di tipo qualitativo e privilegia le narrazioni di disagio raccolte tra migranti ed operatori afferenti a diversi ambiti professionali, esperti dei vissuti dell'assistenza familiare. Tali narrazioni sono state osservate nell'ambito di 23 interviste semistrutturate ad operatori, 32 interviste in profondità ad assistenti familiari ed un focus group con assistenti familiari.

Risultati

Dai dati emerge l'intensità della relazione tra disagio, vita professionale e posizione nel mercato occupazionale. Viene a galla un quarto fattore, in forte interazione con i primi tre: il peculiare significato attribuito al progetto migratorio, che produce un accentuato sovrainvestimento nel lavoro. Si tratta di un intreccio indissolubile che spoglia le assistenti familiari del diritto al riposo ed all'autotutela, producendo un disagio che tende a rimanere negato e celato fino a quando, spintosi a livelli altissimi, si rivela invalidante anche sul piano professionale. Giunto all'attenzione dei servizi, questo malessere viene trattato con modalità terapeutiche anch'esse fortemente condizionate dall'intreccio indagato: agire sulle radici del disagio e favorire migliori condizioni di vita risulta quasi sempre impossibile, sia per fattori connessi alle dinamiche attive nel mercato del lavoro, sia perché ogni esortazione all'autotutela entra in attrito con la motivazione del progetto migratorio, generando ulteriore angoscia. Così si ricorre preferenzialmente alla terapia farmacologica, che riesce a riportare il malessere nell'invisibilità, neutralizzandone la carica critica. Così, la società mette in salvo dal pericolo di una denuncia di insostenibilità quella che ha elaborato come risposta alla non-autosufficienza.

Conclusioni

Lo studio vuole essere di stimolo per un radicale ripensamento dei modelli di welfare e delle risposte istituzionali al crescente fabbisogno di cura espresso dalle famiglie nella società italiana. Infatti, mettendo in risalto i pesanti costi pagati sul piano del benessere psicosociale dai lavoratori coinvolti nel settore della cura privata, situazione che si ripercuote negativamente anche sull'agio e sulla sicurezza dei soggetti assistiti, evidenzia con forza l'insostenibilità delle soluzioni finora adottate per la gestione della non-autosufficienza.

Contatto: *Annavittoria Sarli* (a.sarli@ismu.org)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Amianto, tabagismo, lavoratori immigrati (C)

TOTIRE V.

AUSL Bologna, socio Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Obiettivi

Focalizzare l'incidenza del rischio sinergico amianto/tabagismo tra lavoratori autoctoni ed immigrati frequentanti corsi di formazione professionale per le bonifiche dell'amianto.

Metodi

Somministrazione di un questionario ai corsisti.

Risultati

Constatazione di forte presenza di immigrati stranieri (41,5% su una coorte di 171 corsisti) e di una forte presenza di immigrazione interna da regioni del sud), constatazione di una forte presenza di abitudine tabagica (45.6% della coorte complessiva).

Conclusioni

Necessità di potenziare le misure di formazione e di prevenzione primaria.

Contatto: Vito Totire (vito.totire@ausl.bologna.it)

Ingenuamente "esperti": ragazzi e ragazze di fronte alla sessualità. Educazione alla sessualità e all'affettività negli Enti di Formazione Professionale della Regione Friuli Venezia Giulia (C)

POMICINO L., SCRIMIN F.
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Obiettivi

Indagare i vissuti rispetto alla sessualità di ragazzi e ragazze, in particolare stranieri, che non frequentano i tradizionali curricula scolastici e promuovere una maggiore consapevolezza non solo del proprio corpo e del suo funzionamento, ma anche delle emozioni connesse a questo ambito.

Metodi

Nell'ambito del progetto ministeriale "Prevenzione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza fra le donne straniere" sono stati contattati alcuni Enti di Formazione Professionale per presentare un percorso indirizzato a studenti della prima formazione (età di iscrizione: 14-17 anni). L'intervento proposto, realizzato da una psicologa e da almeno un'altra operatrice (ginecologa, assistente sanitaria, ostetrica), era strutturato in 3 incontri di due ore ciascuno, possibilmente a cadenza settimanale, da svolgersi in classe, con una metodologia interattiva e favorendo la partecipazione attiva di ognuno.

Risultati

Hanno aderito al progetto lo IAL (Innovazione Apprendimento Lavoro), l'ENFAP (Ente Nazionale Formazione e Aggiornamento Professionale) del Friuli Venezia Giulia, e l'ICS (Consorzio Italiano di Solidarietà) di Trieste. Mentre i primi due sono aperti sia a italiani che a stranieri, con una forte presenza di questi ultimi, l'ICS si occupa esclusivamente di richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione sia per Trieste che per tutta la regione. I corsi, già conclusi presso lo IAL di Udine, hanno affrontato le seguenti tematiche: le differenze legate ai ruoli sessuali, gli stereotipi e i pregiudizi ad essi connessi, le implicazioni per il singolo individuo; emozioni e sessualità, la loro espressione e il loro reciproco riconoscimento; la prima volta, il piacere, le paure; la contraccezione e le malattie sessualmente trasmesse; le gravidanze indesiderate e l'aborto. È stato privilegiato il canale visivo, utilizzando spezzoni di film, pubblicità, video. I singoli incontri sono stati "modellati" in funzione di quanto emerso dalle domande anonime che ognuno poteva lasciare in un'apposita cassetta messa a disposizione fin dal primo incontro. È stata posta particolare attenzione alla presenza di giovani di origine straniera, interrogandosi su quali strumenti o modalità fosse opportuno utilizzare o modificare in funzione del loro specifico percorso e nel rispetto della loro cultura di appartenenza.

Conclusioni

Gli incontri finora realizzati, con prevalenza di utenza femminile, hanno permesso di evidenziare alcune criticità significative. Le ragazze coinvolte (età media 18 anni ca., con un'ampia componente straniera) hanno manifestato una conoscenza del proprio corpo, e della sessualità più in generale, piuttosto imprecisa e a tratti confusa. Sono emerse difficoltà ad affrontare questi temi ma, contestualmente, una grande necessità di farlo in un contesto sicuro e protetto. La conoscenza dei servizi dedicati si è rivelata scarsa e superficiale. Nei successivi incontri, che vedranno coinvolte classi femminili, miste e maschili, è prevista l'introduzione di uno strumento di valutazione che permetta di comprendere meglio la percezione dei partecipanti ai corsi. La prima esperienza permette tuttavia di concludere che ragazzi e ragazze necessitano di spazi come questo dove potersi esprimere e acquisire maggiore consapevolezza e rispetto di sé e degli altri. Gli incontri che vedranno coinvolti gruppi composti unicamente da ragazzi e ragazze di origine straniera permetteranno di verificare l'adeguatezza delle metodologie utilizzate e di sperimentare nuove attivazioni.

Contatto: Laura Pomicino (laura.pomicino@yahoo.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Le abitudini alimentari tra i bambini delle terze classi elementari con madre straniera (C)

SPINELLI A.*, BUONCRISTIANO M.*, BONCIANI M.*, LAMBERTI A.*, NARDONE P.*, BAGLIO G.* E IL GRUPPO OKKIO ALLA SALUTE 2010

*Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi

Le abitudini alimentari giocano un ruolo rilevante per la determinazione dello stato ponderale e in particolare tra i bambini una dieta squilibrata e non salutare può determinare sovrappeso ed obesità con conseguenze negative, a breve e lungo termine, per la salute. La presenza sempre più cospicua in Italia di bambini di origine straniera, che nella scuola primaria rappresentano il 9% sul totale degli iscritti (MIUR 2011), e di nati da madri straniere, che sono oltre il 17% dei nati vivi (Istat 2010), fa crescere l'interesse per approfondire la conoscenza sulle loro abitudini alimentari. Il presente studio si pone l'obiettivo di fornire una descrizione dettagliata delle abitudini alimentari dei figli di donne straniere a partire dai dati del sistema nazionale di sorveglianza OKkio alla SALUTE su stato ponderale, stili alimentari ed attività fisica, promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Metodi

I dati analizzati sono relativi all'indagine svolta nel 2010 su un campione rappresentativo di alunni delle terze classi della scuola primaria. Il campionamento è a grappoli con le classi considerate unità primarie e sono stati intervistati tutti gli alunni delle classi selezionate. L'abitudine a far colazione è dichiarata dal bambino, mentre le informazioni sul consumo di frutta e verdura e su quello di bevande zuccherate e/o gassate sono raccolte tramite un questionario compilato dal genitore. Sulla base della classificazione Istat, i bambini sono stati raggruppati per macro-aree geografiche sulla base della nazionalità della madre. Per l'Europa è stata inoltre considerata la distinzione tra Paese a Sviluppo Avanzato (PSA) e Paese a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Risultati

Sono stati inclusi nell'analisi 40.324 bambini, di cui 4.256 con madre straniera (5% del totale da Europa PFPM). Si osservano proporzioni più elevate di bambini che non hanno fatto colazione il giorno che sono stati intervistati tra quelli con madre proveniente da Paesi africani, asiatici o europei a forte pressione migratoria (10-12% rispetto al 9% dei bambini con madre italiana). Non ci sono differenze nella tipologia di cibi consumati a colazione: indipendentemente dalla nazionalità della madre, la maggioranza dei bambini prende latte e biscotti, anche se quelli la cui madre è originaria dell'Africa e dell'Asia riferiscono più spesso di aver mangiato cibi diversi da quelli che tradizionalmente compongono la prima colazione in Italia. Una criticità rispetto ai bambini con madre italiana è data dal consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate: dai dati riferiti dal genitore, si osserva una prevalenza di consumo di almeno una volta al giorno di oltre il 60% tra i bambini con madre di provenienza dall'America centro-meridionale, dall'Asia, dall'Europa PFPM e dall'Africa (prevalenza massima di oltre l'80%).

Conclusioni

I dati di OKkio alla SALUTE mostrano che i bambini con madre straniera tendono ad acquisire le abitudini alimentari italiane, almeno per quanto riguarda la colazione. La presenza tra questi, ad eccezione dei figli di donne originarie di altri Paesi europei a sviluppo avanzato, di alcuni comportamenti alimentari non salutari, come saltare la prima colazione o bere bevande zuccherate/gassate, implica la necessità di contrastarli e di promuovere un'alimentazione sana attraverso interventi mirati nelle scuole e coinvolgendo le famiglie, in primo luogo la madre.

Contatto: Angela Spinelli (angela.spinelli@iss.it)

Sovrappeso e obesità nei bambini di 8 e 9 anni figli di donne straniere: quale diffusione del fenomeno e quale la percezione delle madri (C)

BUONCRISTIANO M.*, LAMBERTI A.*, NARDONE P.*, BONCIANI M.*, SPINELLI A.*, BAGLIO G.* E IL GRUPPO OKKIO ALLA SALUTE 2010

*Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi

L'eccesso di peso in età infantile è un tema rilevante di sanità pubblica sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino che per il rischio associato di sviluppare gravi patologie in età adulta. Nel 2010, la seconda indagine di OKKIO ALLA SALUTE, sistema di sorveglianza su stato ponderale e comportamenti a rischio dei bambini, promosso dal Ministero della Salute e gestito dall'Istituto Superiore di Sanità, ha rilevato la nazionalità dei genitori permettendo di studiare il fenomeno nei figli di stranieri residenti in Italia. Obiettivo dello studio è stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini con madre di nazionalità straniera, valutarne l'associazione con le caratteristiche socio-demografiche materne e operare un confronto con i bambini figli di italiane. Infine, poiché alte prevalenze sono spesso associate ad una errata percezione materna dello stato ponderale, si propone la stima della percentuale di donne che classificano correttamente il proprio figlio.

Metodi

La rilevazione è condotta su un campione di alunni di classe 3° della scuola primaria ottenuto tramite campionamento a grappoli (unità primarie: classi). I bambini sono misurati da operatori appositamente formati e dotati di strumenti identici in tutto il Paese e vengono classificati come sotto/normopeso, in sovrappeso o obesi in base alla definizione proposta dall'International Obesity Task Force. Le caratteristiche socio-demografiche della madre sono rilevate tramite apposito questionario. Le madri straniere sono raggruppate secondo il continente d'appartenenza in base alla classificazione Istat, con l'aggiunta della suddivisione di Europa a Sviluppo Avanzato (ESA) e Europa a Forte Pressione Migratoria (EFPM). Le madri provenienti dall'Oceania e dall'America del Nord, poco presenti nel campione, sono escluse dall'analisi. Le associazioni sono valutate tramite analisi di regressione logistica.

Risultati

I bambini di 8-9 anni misurati sono 41597 di cui 3987 con madre straniera. Il 5% dei bambini ha la madre proveniente dall'EFPM, il 2% dall'Africa, l'1% dall'Asia, l'1% dall'America Centro-Meridionale (ACM) e lo 0,7% dell'ESA. Ad eccezione che per l'ACM, le prevalenze di sovrappeso e obesità sono più basse nei bambini con madre straniera rispetto a quelli con madre italiana (Italia: 23,4% e 11,2%; ESA: 18,4% e 5,9%; EFPM: 21,4% e 8,4%; Africa: 20,0% e 9,6% Asia: 18,7% e 8,7%; ACM: 22,7% e 12,3%). L'eccesso ponderale della madre costituisce un forte fattore di rischio sia nel caso di madre straniera che in quello di madre italiana. Il titolo di studio, che nelle italiane agisce come fattore protettivo, nelle straniere sembra agire, anche se debolmente, in modo contrario. Inoltre, mentre per i bambini di madri italiane si rileva un forte gradiente Nord-Sud Italia, per i figli di donne straniere non emerge alcuna differenza. Infine, le madri straniere, ad eccezione delle donne dell'ACM, tendono a identificare correttamente lo stato ponderale del proprio figlio in misura leggermente maggiore.

Conclusioni

L'eccesso ponderale nei bambini con madre straniera, sebbene meno diffuso rispetto ai figli di donna italiana, è un fenomeno rilevante (più di un bambino su 4) ed è fortemente associato allo stato ponderale della madre. Queste evidenze suggeriscono l'implementazione di programmi di prevenzione diretti all'intera famiglia e che tengano conto delle origini della stessa.

Contatto: Marta Buoncristiano (ipazia.ricerche@gmail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Il servizio di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie: discussione critica dei risultati di una pratica decennale nel campo della prevenzione e della cura della salute mentale (C)

BRUNI C.*, CATTANEO M.L.*, DAL VERME S.*°, SACCHETTI G.*

*Coop. Crinali; °Università degli Studi di Milano – AO S. Paolo

Obiettivi

Alcune famiglie migranti si trovano in difficoltà perché uno o più minori manifestano sofferenza psichica e/o difficoltà di adattamento positivo alla realtà sociale italiana. I servizi sanitari, educativi e sociali che si occupano dei ragazzi delle seconde generazioni sono spesso in difficoltà a prendere in carico le famiglie tenendo conto delle differenze culturali e del trauma migratorio vissuto dai genitori. Scopo del nostro lavoro è proporre un dispositivo terapeutico che risponda a tali necessità e che permetta un lavoro di stretta collaborazione tra i diversi servizi coinvolti nella cura dei minori.

Metodi

Le famiglie vengono accolte, in un "Servizio di Clinica Transculturale". Si tratta di un dispositivo di psicoterapia per le famiglie migranti che si ispira al modello messo a punto in Francia da Marie Rose Moro (Università Paris Descartes, Paris XIII), e che prevede che la famiglia venga ricevuta in un gruppo psicoterapeutico composto da una terapeuta principale, più coterapeute e mediatrici linguistiche culturali. Nel dispositivo è possibile evocare rappresentazioni culturali di altri mondi, parlare sia la madrelingua che l'italiano, dare voce al trauma migratorio oltre che alle emozioni e ai conflitti delle relazioni familiari. Il servizio è gestito dalla Cooperativa Crinali in collaborazione con ASL, UONPIA e servizi comunali per la Tutela Minori a Milano e provincia.

Risultati

A distanza di quasi dieci anni dall'apertura del servizio, verranno indicati il numero di famiglie seguite, gli esiti dei follow-up a distanza per le famiglie con cui si è concluso il percorso terapeutico, i risultati dei questionari di gradimento delle famiglie rispetto al servizio. Verranno valutati inoltre i rapporti di collaborazione con i servizi di base e i risultati di focus group e questionari di gradimento rivolti agli operatori dei servizi. Verranno esemplificati alcuni casi.

Conclusioni

Il dispositivo grupppale multiculturale favorisce l'emergere della storia migratoria delle famiglie e il processo di filiazione e affiliazione dei figli aiutandoli nel processo di métissage tra la cultura di origine dei genitori e la cultura della società italiana in cui stanno crescendo. Il dispositivo terapeutico è stato modificato rispetto all'esperienza francese per renderlo più adatto alla realtà italiana. Le mediatrici culturali, appositamente formate possono efficacemente rappresentare l'alterità culturale nel gruppo terapeutico.

Contatto: Sabina dal Verme (sabinadv@hotmail.com)

Seconde generazioni e salute riproduttiva (P)

SCASSELLATI G., BULCU M., MONAMI L.

Ambulatorio Salute Riproduttiva. Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Obiettivi

Seconde generazioni divise tra la voglia di affermarsi, di sentirsi parte integrante e cittadini della loro "Patria Italia" e la voglia dei genitori di consolidare i loro legami con il Paese di origine. Problemi d'identità culturale, contesto familiare e sociale complesso influiscono sulle loro scelte e percorsi di vita. Disagi che si manifestano con maternità adolescenziale, interruzione di gravidanza non desiderata e rapporti sessuali a rischio. Disagi che affrontiamo quotidianamente nell' Ambulatorio Salute Riproduttiva. Il nostro obiettivo è informare, sensibilizzare e lanciare un segnale d'allarme a tutti gli operatori del settore socio-sanitario per raddoppiare gli sforzi volti a contrastare le gravidanze indesiderate tra le adolescenti e promuovere campagne di prevenzione sulle malattie sessualmente trasmissibili (MST).

Metodi

Produzione di materiale informativo sulla contraccezione e le MST, lavoro di rete con i consultori familiari, informazione e presa in carico dell'adolescente che fa ricorso ad un' IVG con il consenso del giudice tutelare o dei genitori. Dialogo con i rappresentanti delle associazioni delle donne straniere nell'ambito del Forum delle donne italiane e immigrate della nostra azienda ospedaliera per sensibilizzare, informare e scambiare idee.

Risultati

Riuscire ad avvicinare le seconde generazioni alle strutture sanitarie dove possono trovare ascolto, assistenza e informazione. Aumentare i numeri dei controlli ginecologici tra adolescenti, volti alla scelta ed uso effettivo di un metodo contraccettivo sicuro ed, alla prevenzione di IVG ed MST.

Conclusioni

Il tema delle seconde generazioni e salute riproduttiva è "sottovalutato" dai servizi socio-sanitari. Non possiamo più affrontarlo solo in casi di urgenza ma dobbiamo costruire un lavoro di rete, promuovere campagne di prevenzione ed elaborare progetti specifici che coinvolgano gli operatori socio-sanitari, le scuole e le associazioni delle seconde generazioni.

Contatto: *Giovanna Scassellati* (gscassellati@scamilloforlanini.rm.it)

Immigrazione ed esiti perinatali in una coorte di nati altamente pretermine (P)

CACCIANI L.*, FRANCO F.*, DI LALLO D.*, DE CURTIS M.°, GUASTICCHI G.* E IL NETWORK NEONATALE DEL LAZIO

*Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica; °Sapienza Università di Roma. Unità di terapia intensiva neonatale

Obiettivi

Numerose evidenze, nazionali e internazionali, documentano la presenza di un'associazione tra etnia materna ed esiti sfavorevoli neonatali. Tali evidenze sono scarse però nella popolazione dei neonati altamente pretermine. La presente analisi è volta a valutare l'associazione tra luogo di nascita della madre ed esiti perinatali in una coorte "area-based" di neonati altamente pretermine nella regione Lazio.

Metodi

Sono state considerate ed esaminate 2.091 nascite avvenute a 22-31 settimane di età gestazionale relative ai neonati ricoverati in tutti i reparti di terapia intensiva neonatale del Lazio tra il 2007 e il 2010; 556 neonati (27% di tutte le nascite) avevano una madre proveniente da Paesi a forte pressione migratoria (immigrate). Gli odds ratio (OR) e i relativi intervalli di confidenza al 95% di probabilità (IC 95%), calcolati attraverso modelli di regressione logistica (riferimento: madre italiana), sono stati usati per studiare l'associazione tra luogo di nascita della madre e mortalità intra-ospedaliera (MI) o un esito combinato che includeva la MI e la morbidità severa alla dimissione (MI+). L'età materna, il titolo di studio, la parità, il tipo di gravidanza (singola o plurima) e il tipo di parto sono stati considerati come fattori potenzialmente confondenti l'associazione tra madre immigrata ed esiti perinatali. L'analisi multivariata è stata stratificata per gruppi di età gestazionale (22-27 e 28-31 settimane).

Risultati

Non sono state riscontrate differenze nei tassi grezzi di MI e MI+ tra i neonati da madri italiane e quelli da madri immigrate, pari rispettivamente a 19,3% vs. 19,6% per la MI e 38,3% vs. 38,7% per l'esito combinato MI+; anche l'analisi aggiustata per i fattori considerati come potenziali confondenti non ha mostrato differenze statisticamente significative degli esiti perinatali considerati tra i nati da donne italiane e da donne immigrate, sia nel gruppo di 22-27 settimane di gestazione (OR=0,84, IC 95%: 0,58-1,23 per l'esito MI; OR=0,80, IC 95%: 0,52-1,25 per l'esito MI+) sia nel gruppo di 28-31 settimane (OR=0,74, IC 95%: 0,43-1,25 per l'esito MI; OR=0,75, IC 95%: 0,55-1,04 per l'esito MI+).

Conclusioni

Lo studio non ha evidenziato differenze negli esiti perinatali tra i bambini di madri italiane e quelli di madri immigrate nella coorte di tutti i nati altamente pretermine nel Lazio tra il 2007 e il 2010. I risultati dell'analisi sembrano indicare che l'etnia materna, considerata in molti studi un indicatore sintetico di ridotto accesso alle cure prenatali, non abbia un impatto "più sfavorevole", rispetto ai nati da madre italiana, in una popolazione di neonati la cui gravidanza termina o viene interrotta molto precocemente.

Contatto: Laura Cacciani (cacciani@asplazio.it)

Come intervenire per prevenire le gravidanze indesiderate tra i giovani di origine straniera? (P)

BONCIANI M.*°, SPINELLI A.*°, SACCHETTI G.°, PEDICONI M.*, TIMPERI F.*, BUCCIARELLI M.*, ANDREOZZI S.*

*Istituto Superiore di Sanità; °soci Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Obiettivi

Il ricorso all'aborto volontario tra le giovani italiane di età inferiore ai 25 anni è minore rispetto a quello riscontrato in altri Paesi a sviluppo avanzato, tuttavia risulta molto superiore tra le giovani straniere che abortiscono in Italia. Il presente contributo vuole descrivere più approfonditamente la situazione del ricorso alle IVG tra le giovani di origine straniera, distinguendo tra coloro che sono nate in Italia o all'estero. Successivamente sono presentati gli interventi che possono essere opportunamente indirizzati a questo target per prevenirne le gravidanze indesiderate.

Metodi

Dopo un'analisi dei dati del sistema di sorveglianza delle IVG relativi all'anno 2010 e l'eventuale confronto con i dati disponibili a livello internazionale, vengono presentate le proposte di intervento per la prevenzione delle IVG tra i giovani, in particolare di origine straniera, scaturite nell'ambito del progetto CCM "Prevenzione delle IVG tra le donne straniere". Il focus sul gruppo delle giovani, con distinzione tra la prima adolescenza (10-14 anni), la tarda adolescenza (15-19 anni), e le giovani adulte (20-24 anni), risulta rilevante per le ricadute che i comportamenti inerenti la salute di questo gruppo hanno sulla salute nell'età adulta e nelle successive generazioni. Per i giovani di origine straniera, inoltre, questa fase della vita risulta ancor più critica, perché oltre a segnare il passaggio dall'adolescenza verso l'età adulta, di per sé un momento di crisi dell'identità, rappresenta anche il momento dell'elaborazione dell'esperienza migratoria (diretta o vissuta indirettamente attraverso i racconti dei genitori) e della propria definizione identitaria, che certamente influenza anche i comportamenti e le scelte legate alla sessualità.

Risultati

I dati mostrano che nel 2010 le IVG effettuate da giovani tra 10 e 24 anni sono circa il 27% del totale, con proporzioni simili tra le italiane e le giovani con cittadinanza di uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria. Tra queste ultime solo lo 0,6% è nato in Italia, proporzione molto bassa considerando invece l'alta percentuale delle seconde generazioni tra i minori stranieri residenti. Secondo i dati dell'Istat nel 2009 il tasso di abortività tra le straniere di età compresa tra 20 e 24 anni è 44,1 per 1.000 donne residenti (44,7 se consideriamo solo PFP), oltre 4 volte superiore a quello delle coetanee italiane. Sebbene la situazione generale del ricorso all'IVG delle giovani in Italia sia meno critica rispetto ad altri Paesi, è importante intervenire su questo target considerando la criticità per le straniere ed i benefici che possono derivare per la prevenzione delle IVG a lungo termine. Le proposte scaturite dal gruppo di lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità è di ripensare gli interventi di educazione socio-affettiva e sessuale rivolte ai giovani nelle scuole, negli spazi consultoriali e nei luoghi di aggregazione alla luce dei bisogni specifici dei giovani di origine straniera. Importanti anche gli interventi di informazione di insegnanti/educatori e di sensibilizzazione dei genitori sull'importanza di un intervento precoce su questi temi, nonché l'utilizzo di canali di comunicazione, come quello del web, dove i giovani possano acquisire informazioni e confrontarsi.

Conclusioni

Interventi che rafforzino la capacità dei giovani, in particolare di origine straniera, di fare scelte consapevoli per la propria sessualità può contribuire nel tempo a ridurre i tassi di abortività in questo gruppo e nella popolazione di origine straniera.

Contatto: Manila Bonciani (manila.bonciani@iss.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Problematiche sanitarie dei detenuti extracomunitari (C)

RUBINO P., ZECCA S., FORNARI F.

Associazione Antigone

Obiettivi

Gli obiettivi perseguiti con la ricerca sono rappresentati da:

- 1) la rilevazione delle principali forme patologiche manifestate da cittadini extracomunitari detenuti presso la Casa Circondariale di Rebibbia Nuovo Complesso negli anni 2011-2012;
- 2) la rilevazione della natura della risposta assistenziale fornita dall'organizzazione sanitaria penitenziaria;
- 3) l'individuazione delle concause d'ordine sociale ed organizzativo che tendono a rendere particolarmente problematica l'assistenza sanitaria dei detenuti extracomunitari.

Metodi

La ricerca è stata effettuata nell'ambito delle attività dello "Sportello" organizzato da diversi anni dall'Associazione Antigone presso alcuni reparti maschili della Casa Circondariale Rebibbia (Nuovo Complesso) con lo scopo di tutelare i diritti dei detenuti. I medici volontari che fanno parte del team di esperti dello Sportello hanno avuto modo di individuare le problematiche sanitarie dei detenuti attraverso segnalazioni di "casi" formulate da rappresentanti dei detenuti stessi nel corso di riunioni settimanali che si tengono presso la biblioteca del carcere. Alla segnalazione dei casi hanno fatto seguito i colloqui individuali tenuti nei diversi Reparti oggetto dell'intervento (Reparti G8, G9, G11, G12 e G14). Poiché i medici volontari non sono autorizzati ad effettuare vere e proprie visite mediche, le problematiche sanitarie dei singoli detenuti sono state individuate attraverso rilievi anamnestici ed esami di documentazione clinica (diario clinico del carcere ed eventuale altra documentazione) effettuati durante i colloqui. Le caratteristiche delle attività assistenziali sono state rilevate attraverso l'esame del diario clinico e anche, quando possibile, attraverso colloqui con i medici della Casa Circondariale. Tutti i dati raccolti relativamente ad ogni singolo detenuto contattato sono stati registrati in apposite schede individuali. Ai fini della presente ricerca, i dati contenuti nelle schede relative ai detenuti extracomunitari contattati negli anni 2011 e 2012 sono state opportunamente elaborate in relazione ai fini conoscitivi perseguiti.

Risultati

La ricerca ha consentito di rilevare che: 1) le problematiche sanitarie dei detenuti extracomunitari, spesso di rilevante portata, risultano raramente dipendenti da noxe patogene proprie dei Paesi di origine; 2) le stesse problematiche sono spesso aggravate da fattori concausali di carattere sociale legati alla povertà e alla condizione di immigrati (lontananza delle famiglie; mancanza di mezzi finanziari anche minimi; mancanza di adeguate forme di mediazione linguistico-culturale, assoluta mancanza di percorsi di riabilitazione sociale, ecc.); 3) l'organizzazione sanitaria penitenziaria incontra notevolissime difficoltà a rispondere adeguatamente a un tipo di domanda così complesso sia per le difficoltà organizzative inerenti alla fase di transizione in cui si trova sia per la carenza delle necessarie risorse economiche.

Conclusioni

Nell'ambito dell'istituzione penitenziaria presa in esame, la risposta assistenziale sanitaria risulta generalmente inadeguata a soddisfare i bisogni spesso rilevanti espressi dai detenuti extracomunitari. Nel caso specifico, infatti, alle carenze organizzative proprie dell'attuale condizione della sanità penitenziaria si aggiunge la mancanza di interventi specifici resi necessari dalla condizione di assoluta indigenza e di solitudine dei detenuti immigrati.

Contatto: Susanna Zecca (susanna.zecca@libero.it)

Infezioni tubercolari latenti in detenuti negli Istituti Penitenziari di Parma. Confronto tra detenuti di nazionalità straniera ed italiana (C)

CIUSA F.*, CHOROMA F.°, BORRINI B.M.^\, BONI C.*

*Unità Operativa Complessa Sanità penitenziaria; °Servizio di Medicina delle Migrazioni (Spazio Salute Immigrati); ^Servizio di Igiene e Sanità Pubblica. AUSL Parma

Obiettivi

La popolazione di origini non italiane rappresenta una larga quota del totale della popolazione detenuta dove le infezioni tubercolari, per varie ragioni (dipendenti dalla istituzione carcere e delle caratteristiche dei detenuti), hanno una prevalenza elevata (fino al 50% in alcune casistiche). Dai dati disponibili, alcune criticità di ordine organizzativo, linguistico, culturale e sociale, si traducono in una inadeguata assistenza e presa in carico di questi pazienti. Inoltre, caratteristiche tipiche dell'istituzione carcere (trasferimenti, alta mobilità, scarcerazioni improvvise, sovraffollamento, mancanza di privacy e di collegamento con la sanità territoriale) continuano a limitare i percorsi diagnostici e terapeutici intrapresi in detenzione.

Metodi

Dal 2008, la sanità penitenziaria è passata alle Aziende USL del territorio: l'Az. USL di Parma ha istituito l'U.O. Salute negli Istituti Penitenziari, che ha organizzato uno screening dell'infezione tubercolare rivolto a tutti i detenuti (nuovi giunti o già presenti). Questo studio, ha valutato, retrospettivamente, la prevalenza della infezione tubercolare latente, attraverso l'esecuzione dell'intradermoreazione secondo Mantoux, nella popolazione detenuta (stranieri ed italiani); abbiamo, inoltre, valutato l'accessibilità, l'adesione ed il completamento della chemioprophilassi antitubercolare nell'infezione tubercolare latente (ITBL) nei due gruppi. Il test consiste nell'inoculazione sulla faccia volare dell'avambraccio di 5U di PPD (0.1 ml) con lettura a 72 ore; si è considerato positivo il test in presenza di 10 mm di diametro di indurimento (5 mm negli Immunodepressi). L'effettuazione del test Quantiferon ci ha permesso di escludere le positività alla Mantoux da vaccinazione BCG.

Risultati

Dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2011, nell'ambito della sorveglianza delle malattie tubercolari presso l'Il.PP di Parma, sono stati sottoposti a intradermoreazione secondo Mantoux, complessivamente 557 detenuti, dei quali 255 (45.7%) di origine straniera, tutti di sesso mMaschile. Di tutti i pazienti, 177 soggetti (31.7%) risultavano positivi al test Mantoux (diametro di indurimento a 10mm); di questi 107 soggetti (60.4%) di origine straniera. Considerando singolarmente i due gruppi: nel gruppo dei 255 stranieri, 107 (41.9%) erano risultati positivi al test, mentre nel gruppo dei 302 italiani solo 70 (23.1%) erano risultati positivi al test. Di tutti i Mantoux positivi (177 soggetti), 116 (65.5%) iniziavano la chemioprophilassi antitubercolare (rispettivamente il 57.1% nel gruppo degli italiani ed il 71% nel gruppo degli stranieri) e di questi solo 58 soggetti (50%) la ultimavano. Mentre solo il 43.4% del gruppo degli stranieri che iniziava la chemioprophilassi la riusciva ad ultimare, gli italiani che ultimavano la chemioprophilassi rappresentavano il 62.5% del loro gruppo.

Conclusioni

Nei due gruppi di detenuti della nostra casistica, la prevalenza di Mantoux positiva era risultata complessivamente elevata (più alta nel gruppo degli stranieri rispetto agli italiani); tra i fattori alla base di questa alta prevalenza, sono state segnalate la provenienza di zone ad alta endemia, vaccinazione BCG e mancato accesso al SSN, anche in libertà per condizioni di marginalità. Anche se l'accesso alle cure nel nostro Istituto è garantito e tempestivo in uguale misura nei due gruppi, il gruppo di stranieri, si caratterizza per un numero maggiore di mancato completamento della terapia rispetto al gruppo degli italiani, legato principalmente a trasferimento, arresto domiciliare e scarcerazione (condanne brevi). Ciò merita un miglioramento dell'integrazione e collaborazione tra i Servizi Sanitari presenti nelle carceri e quelli territoriali (specialmente servizi di Medicina delle Migrazioni e Servizi di Igiene Pubblica) per un adeguato e efficace orientamento, accompagnamento ed educazione sanitaria al momento della scarcerazione, a garanzia della continuità del trattamento.

Contatto: Faissal Choroma (fchoroma@ausl.pr.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Organizzazione dell'assistenza sanitaria in CARA, CDA e CIE: indagine della Croce Rossa Italiana (C)

DIODATI A., DE CESARE G., GRECO L.M., MONASTERO P.
Croce Rossa Italiana – Progetto Paesidium VII

Obiettivi

Nell'ambito del Progetto Praesidium VII, la Croce Rossa Italiana ha avviato una indagine per verificare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria offerta ai migranti accolti in vari strutture (CIE e CARA). Nello specifico il servizio di assistenza sanitaria è definito da un capitolato di gestione elaborato dal Ministero dell'Interno, che non comprende gli standard di riferimento sulla qualità dell'assistenza; si è deciso quindi per una valutazione di tipo quantitativo come base di partenza per successive indagini.

Metodi

È stata messa a punto una scheda per la rilevazione dei servizi assicurati nei centri, indagando sia l'organizzazione che le risorse disponibili. L'indagine è stata condotta in 12 centri (1 CDA, 6 CIE, 5 CARA) tra febbraio e maggio 2012, per una popolazione assistita totale di circa 5200 persone. Oltre alla esistenza dell'ambulatorio, sono stati esplorati altri ambiti concernenti la tutela della salute, come l'organizzazione dell'ambulatorio, l'alimentazione, l'igiene della persona e il rapporto con le strutture sanitarie del territorio.

Risultati

Dall'analisi delle schede risulta che tutti i centri assicurano una struttura sanitaria, con personale dedicato, come previsto nel capitolato di gestione dei Centri; per quanto attiene alle categorie vulnerabili, nei 12 centri rilevati si evidenziano: MNA presenti 1 centro; migranti affetti da malattie croniche degenerative presenti in tutti i centri (in 7 è tenuto l'elenco); disabili in 4 centri; donne gravide presenti in tutti i centri (in 4 è tenuto l'elenco); donne a rischio abuso sono assistite in 1 centro; migranti in trattamento psichiatrico accolti in 8 centri. Per l'alimentazione: in tutti i centri i pasti sono preparati da catering; vengono consumati negli alloggi, eccetto in 4 centri in cui vi è la mensa. I cibi rispettano i precetti religiosi e le necessità mediche. L'acqua potabile in bottiglie viene fornita in 10 centri (1 non risponde) ed il latte artificiale per i bambini in 10 (1 non risponde). Per l'igiene della persona gli abiti vengono forniti in tutti i centri (in 2 solo all'ingresso, in 1 su richiesta); i prodotti di igiene personali vengono forniti in tutti i centri; i servizi igienici non risultano adeguati in 6 centri perché non funzionanti o sporchi; le docce sono presenti in tutti i centri. La pulizia generale degli alloggi è adeguata in 9 centri. La lavanderia è presente in 4 centri. I documenti sanitari (tessera sanitaria, STP) sono forniti in 10 centri (1 non risponde); l'assistenza medica ed infermieristica è assicurata con risorse interne in 11 centri (1 non risponde); nell'infermeria di 11 centri (1 non risponde) sono presenti farmaci per gli ospiti e scorte adeguate di assorbenti e pannolini per bambini; le visite specialistiche fuori dal centro sono assicurate in 9 centri (1 non risponde); la documentazione sanitaria è custodita in 11 centri (1 non risponde) e viene riconsegnata al migrante quando lascia la struttura.

Conclusioni

Dall'indagine compiuta nei centri risulta che l'assistenza è tradotta con la presenza fisica di sanitari o l'accesso alle strutture sanitarie del territorio, senza un riferimento alla qualità delle cure e la rilevazione dello stato di salute degli ospiti. Per ottenere questo è necessario, oltre che definire gli standard nell'ambito della organizzazione dell'assistenza, una definizione dei livelli di assistenza e la verifica del loro raggiungimento.

Contatto: Alessandra Diodati (alessandra.diodati@cri.it)

Le sbarre più alte. Indagine sul diritto alla salute e gli altri diritti fondamentali nei centri di identificazione ed espulsione (CIE) (C)

BARBIERI A., BASSETTI A., CASTAGNA G., FRANCONI C., PECA M.R., ZANCHETTA M.

Medici per i Diritti Umani (MEDU) Onlus

Obiettivi

- Approfondire la conoscenza sulle modalità di gestione dei servizi socio-sanitari nei CIE;
- valutare le condizioni sanitarie dei migranti trattenuti;
- monitorare il rispetto del diritto alla salute e degli altri diritti umani nelle strutture visitate.

Metodi

Questo lavoro presenta i risultati parziali di una più ampia indagine che prevede un monitoraggio completo degli attuali 15 CIE presenti in Italia. Nel corso dei primi 6 mesi del 2012 MEDU ha potuto visitare, previa autorizzazione delle Prefetture competenti, i CIE di Roma (Ponte Galeria), Bologna (Caserma Chiarini) e Torino (Brunelleschi). Le visite ai centri sono state effettuate da un'équipe di 2 persone (un medico e un operatore socio-legale) che hanno effettuato una ricognizione il più possibile accurata delle strutture (servizi, spazi comuni, aree di trattenimento); colloqui con i responsabili degli enti gestori, dei servizi di assistenza sanitaria e delle associazioni presenti; colloqui con i trattenuti. L'acquisizione dei dati è avvenuta in modo uniforme e oggettivo attraverso l'applicazione di un questionario standard. L'équipe incaricata ha redatto un rapporto completo al termine di ogni visita. È stata inoltre effettuata un'ampia revisione delle indagini e degli studi realizzati dal 1998 sui centri per la detenzione amministrativa in Italia.

Risultati

L'assistenza sanitaria all'interno dei CIE è fornita dagli enti gestori e il personale delle ASL (Aziende Sanitarie Locali) non ha in genere accesso ai centri. Ogni centro è dotato di un ambulatorio dove opera personale medico (h24) e infermieristico. Gli ambulatori sono strutturati per garantire servizi minimi di cure essenziali. Negli organici non è prevista la presenza di medici specialisti, neanche nei settori in cui ci sarebbe maggiore necessità quali psichiatria e ginecologia. Per le cure specialistiche e gli accertamenti diagnostici è necessario inviare i pazienti – in ambulanza e sotto scorta – verso strutture esterne. In generale sono presenti rilevanti problemi di collegamento con i presidi ASL di riferimento dovuti essenzialmente alle caratteristiche di strutture chiuse al mondo esterno dei CIE. In tutte le strutture visitate si sono potuti constatare episodi di autolesionismo (156 casi nel 2011 solo a Torino) e l'assunzione di psicofarmaci da parte di un numero rilevante di trattenuti (circa il 50% nel caso del CIE di Roma). In generale è stata riscontrata una dinamica di reciproca sfiducia tra i trattenuti ed il personale sanitario con serio pregiudizio del normale rapporto medico-paziente.

Conclusioni

I CIE si dimostrano strutture del tutto inadeguate a garantire il rispetto della dignità e dei diritti fondamentali dei migranti detenuti. Il diritto alla salute per i migranti appare ancora meno garantito che in passato in ragione del prolungamento (agosto 2011) da 6 a 18 mesi del periodo massimo di trattenimento. Destano particolare preoccupazione l'estremo disagio psichico sperimentato dalla maggior parte dei trattenuti, i frequenti casi di autolesionismo e la complessa gestione della somministrazione di psicofarmaci all'interno dei centri, in mancanza di personale medico specialistico. MEDU ritiene indispensabili e urgenti sia il superamento dell'attuale sistema di detenzione amministrativa, sia l'adozione contestuale di strategie di gestione dell'immigrazione irregolare più rispettose dei diritti fondamentali della persona.

Contatto: *Alberto Barbieri* (alberto.barbieri@mediciperidirittiumani.org)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La salute delle donne immigrate che hanno vissuto episodi di maltrattamento o violenza: dati preliminari di una indagine quali/quantitativa presso il CIE di Bologna (C)

LESI G.^{*}, GARAVINI C.M.[°], PILATI F.[^], BARTOLI B.[^], GRAMENZI A.[§]

^{*}Centro salute donne straniere UOC Consultori – AUSL Bologna; [°]UOC Salute Donna Infanzia e Adolescenza – AUSL Bologna; [^]Progetto Sociale interno al CIE; [§]Dipartimento di Medicina Clinica – Università di Bologna

Obiettivi

La violenza di genere è un tema che raramente emerge nei colloqui tra operatori socio-sanitari e le donne che ne sono vittime, in particolare le donne immigrate. A partire da alcune situazioni prese in carico dagli operatori del Progetto Sociale interno al Centro di Identificazione ed Espulsione di Bologna (CIE) è stato possibile evidenziare che la sofferenza viene espressa, di frequente, attraverso sintomi. A tale proposito la letteratura ne individua alcuni che indica come segnali di maltrattamento o violenza. Gli operatori sociali (mediatori interculturali, assistenti sociali, psicologi, volontari) del CIE hanno sovente rilevato o avuto sospetto di episodi di maltrattamento/violenza nei racconti di vita delle donne trattenute. Si è così pensato di predisporre uno studio con gli obiettivi di indagare in particolare i sintomi sentinella della violenza subite dalle donne e di migliorarne il sostegno e l'assistenza.

Metodi

I Fase – Analisi quantitativa: Revisione della letteratura. Analisi della documentazione sociale, medica e psicologica raccolta c/o il CIE. Costruzione di una griglia di raccolta dati e relativa compilazione. Analisi in SPSS. Lettura ed interpretazione dei dati.

II Fase – Sulla base dei dati raccolti, individuazione delle storie significative per procedere all'analisi qualitativa.

Risultati

Si è svolta un'iniziale fase di raccolta dati su una popolazione di 1068 donne transitate dal 1 luglio 2008 al 30 giugno 2011. In prima battuta emerge il seguente identikit: donna nigeriana, di circa di 30 anni, nubile, senza figli, in Italia come clandestina per motivi economici dal 2002; presente al CIE per un periodo variabile da 1 giorno ad 1 anno (mediana 20 giorni), nella maggior parte dei casi rilasciata (55% ca.) e nel 30% ca. espulsa. I sintomi più frequenti sono cefalea, dolori addominali, disturbi gastro-intestinali, ginecologici e stipsi. Tra questi, quello con maggior correlazione statistica ($p < .05$) con la violenza è la cefalea. Nell'ambito della sintomatologia psicologica prevale: ansia (declinata in varie forme), seguita da depressione reattiva, deflessione del tono dell'umore, inappetenza, insonnia, preoccupazione riguardo al proprio corpo.

Conclusioni

Il progetto è ancora in corso. Rispetto alla prima fase di analisi, emerge che la maggior parte delle donne trattenute al CIE manifesta sintomi che in letteratura sono correlati con possibili episodi di violenza pregressa. Seguirà una seconda fase di approfondimento/analisi dei dati raccolti che sarà completata da uno studio qualitativo.

Contatto: Grazia Lesi (grazia.lesi@ausl.bologna.it)

Controllo della tubercolosi nei centri di identificazione ed espulsione (CIE) per stranieri irregolari: l'intervento di Medici Senza Frontiere (C)

EGIDI A.M., GARELLI S., REPETTO E., MACCAGNO B., DE MAIO G.

Medici Senza Frontiere Italia

Obiettivi

Medici senza Frontiere (MSF) offre supporto tecnico per la realizzazione di un modello per diagnosi e trattamento della Tubercolosi nei Centri di Identificazione ed Espulsione per stranieri (CIE). Tale attività è condotta in collaborazione con autorità sanitarie e ente gestore dei centri.

Metodi

L'intervento si realizza nei CIE di Ponte Galeria a Roma, di via Corelli a Milano, di Milo e Vulpitta a Trapani, e di Pian del Lago a Caltanissetta. Le attività, svolte insieme all'ente gestore del CIE e al personale sanitario che vi opera, prevedono:

- formazione del personale, sanitario e non;
- informazione e sensibilizzazione degli ospiti dei CIE;
- ricerca attiva e diagnosi tempestiva tra i nuovi arrivi nei CIE, tramite uno screening dei sintomi attraverso un questionario, intradermoreazione di Mantoux, esame radiografico del torace, ed eventuale isolamento nei casi con sintomi o Rx torace compatibili con TBC, fino all'esecuzione dell'escreato e alla conferma della diagnosi. La successiva gestione del paziente positivo viene effettuata in collaborazione con le strutture di riferimento che provvederanno alla messa in terapia. Il follow-up ed il trattamento avvengono nei CIE in regime di Directly Observed Treatment (DOT). Per i soggetti che in seguito rientrano nella comunità (circa il 50% degli ospiti), è messo in atto un collegamento con le strutture territoriali per assicurare il follow-up. Lo screening viene proposto anche al personale del centro. Ai contatti dei casi di TBC polmonare attiva, sia tra gli ospiti che tra il personale, che risultino affetti da infezione tubercolare latente, viene proposto una profilassi in accordo con le linee guida nazionali.

Risultati

L'efficacia dell'intervento verrà valutata sulla base di alcuni indicatori, tra i quali: Tasso di mortalità Tb-relata/anno: <5%; Tasso di incidenza Tb/anno; Numero di nuovi casi escreato positivi/numero stimato di nuovi casi escreato positivi; Tasso di guarigione tra i nuovi casi con escreato positivo: >85%; Tasso di abbandono tra i nuovi casi con escreato positivo: <10%; Percentuale di personale sanitario e non sanitario formato: 100%; Numero di ospiti sottoposti a screening per TBC all'ingresso nel CIE/ numero totale di nuovi ingressi nei CIE nell'anno: 100%; Percentuale di pazienti con TBC che hanno ricevuto counselling e test volontario HIV: >95%; Tasso di aderenza al trattamento: >95%; Numero di nuovi casi di TBC tra il personale/anno: <1%; Percentuale di casi con escreato positivo tra tutti i sospetti casi di TBC; Percentuale di pazienti con coltura/risultati dell'antibiogramma: 100%; Media del tempo intercorso tra risultato dell'escreato e inizio trattamento: <72 ore.

Conclusioni

Nella decade 1998-2008 in Italia, il numero di casi di TBC in persone nate all'estero è più che raddoppiato e la percentuale sui casi totali è attualmente vicina al 50%. La popolazione immigrata presenta un rischio relativo di andare incontro a tubercolosi 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione italiana. Gli ospiti dei CIE, in quanto soggetti in situazione di restrizione di libertà, presentano un rischio accresciuto di infezione. Misure di controllo della malattia focalizzate su questo gruppo a rischio potrebbero portare beneficio non solo ai singoli, ma anche alla comunità ospitante.

Contatto: Ada Maristella Egidi (stella.egidi@rome.msf.org)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Storie di donne immigrate transitate al CIE di Bologna, vittime di violenza (P)

LESI G.*, GARAVINI C.M.^o, PILATI F.[^], BARTOLI B.[^], GRAMENZI A.[§]

*Centro salute donne straniere UOC Consultori – AUSL Bologna; ^oUOC Salute Donna Infanzia e Adolescenza – AUSL Bologna; [^]Progetto Sociale interno al CIE; [§]Dipartimento di Medicina Clinica – Università di Bologna

Obiettivi

Le considerazioni e le riflessioni maturate nel lavoro svolto al Centro di Identificazione ed Espulsione di Bologna (CIE) sulla violenza di genere (vedi abstract relativo ai dati preliminari quantitativi) ci hanno orientato ad identificare alcune storie significative di donne transitate nella struttura. L'analisi delle storie viene svolta nell'intento di:

- approfondire la possibile correlazione fra sintomi e violenza;
- mettere in luce la presenza della violenza nella migrazione;
- predisporre una metodologia per formare gli operatori a riconoscere i segni della violenza subita dalle donne.

Metodi

Il numero di accessi allo Sportello di Ascolto Psicologico del CIE ha costituito il criterio per l'individuazione delle storie da approfondire. Gli autori hanno scelto di esaminare il materiale relativo alle donne che hanno fatto almeno tre accessi nel periodo di permanenza al CIE. Le singole storie sono state ricostruite intrecciando le fonti a disposizione: cartella sociale, medica e le relazioni psicologiche. Le storie saranno analizzate da un gruppo multidisciplinare (medico/ginecologa, medico/epidemiologa psicologi di diverso indirizzo, sociologo, antropologi) per evidenziarne lo svolgimento, gli eventi critici, le situazioni ricorrenti e gli elementi comuni correlabili alla violenza.

Risultati

Nella fase attuale gli autori sono pervenuti alla costruzione delle singole storie relative al periodo: 1 luglio 2008-30 giugno 2011 (complessivamente 31 donne). Ad una prima analisi emerge una sintomatologia complessa, sia dal punto di vista fisico che psichico, che potrebbe avere correlazioni con diverse forme di violenza subita, anche se non narrata.

Conclusioni

Il progetto è ancora in corso. Terminata l'analisi delle storie gli autori procederanno alla predisposizione di una metodologia di formazione e all'organizzazione di iniziative di formazione per operatori sociosanitari.

Contatto: Franco Pilati (francopilati@tiscali.it)

Progetto Aracne – Tessere reti per il diritto alla salute dei migranti (C)

FERRERO P., BERTINI M., PAMPARATO N., RANDAZZO G., IACOBONI D.

CCM-Comitato Collaborazione Medica, Centro Mamre, Cooperativa Tavola di Babele

Obiettivi

L'obiettivo generale del CCM è di promuovere la salute come diritto inalienabile di ogni essere umano, lavorando nei Paesi a Basso reddito e con la popolazione migrante della città di Torino. Nello specifico il progetto Aracne si propone di favorire e migliorare l'accesso ai servizi sanitari e la fruizione degli stessi da parte dei migranti attraverso un'iniziativa pilota in un territorio circoscritto (il quartiere San Salvario di Torino) considerato particolarmente rilevante per la forte presenza di immigrati ma anche per la dinamicità delle diverse espressioni della società civile che in esso operano. Per queste ragioni si è deciso di intervenire nel quartiere di San Salvario di Torino, ideando un percorso innovativo per agevolare la popolazione migrante nell'accesso e nella fruizione di servizi di salute. Da tempo primo approdo per gli immigrati, San Salvario si è caratterizzato dagli anni Novanta come quartiere multietnico ed ha le risorse e le potenzialità per promuovere l'interculturalità e la progettazione partecipata di politiche locali che permettano di migliorare la qualità della vita dei suoi abitanti, migranti e non. Il progetto Aracne, con iniziative che attivano reti potenzialmente presenti sul territorio e con attività di sensibilizzazione mirate, ha partecipato a questo processo.

Metodi

Il nucleo centrale del progetto è lo Spazio d'Accoglienza all'interno del bar della Casa del Quartiere, un luogo informale dove alcuni medici, psicologi e mediatori culturali rispondono alle domande di salute dei migranti dando informazioni relative alla salute e ai servizi sanitari della città di Torino. Ad inizio progetto è stata fatta una mappatura del territorio per identificare i servizi sanitari, le associazioni e i gruppi informali di migranti o che con essi lavorano. A partire da questi contatti sono stati organizzati incontri di in/formazione su temi rilevanti per i diversi gruppi ed è stata fatta una sensibilizzazione mirata nel quartiere. Un ricercatore ha seguito le attività progettuali e ha condotto una ricerca sugli itinerari terapeutici dei migranti nella città di Torino per avere una visione più chiara delle specificità, delle problematiche e dei percorsi di cura anche informali dei migranti.

Risultati

Il lavoro di rete ha consentito di raggiungere diversi gruppi di migranti dislocati su tutto il territorio cittadino e diverse figure chiave dei servizi sanitari pubblici e del terzo settore. Questi incontri hanno consentito di approfondire le problematiche specifiche dei diversi gruppi e comunità e dei vari servizi sanitari. Questi ultimi sono stati coinvolti negli incontri di in/formazione per sensibilizzare i migranti e presentare il servizio, in alcuni casi a ciò è seguito un accompagnamento al servizio da parte dei mediatori culturali.

Conclusioni

Il progetto Aracne ha attivato una rete efficace che ha permesso di identificare diverse problematiche sommerse, di rispondere a bisogni di informazione e sensibilizzazione specifici. L'incontro con le associazioni e le realtà pubbliche e private del territorio ha permesso di intraprendere azioni di progettazione e ha sviluppato azioni di collaborazione che hanno permesso una maggiore replicabilità dei risultati di progetto e una efficacia delle attività proposte.

Contatto: *Marilena Bertini* (progettoaracne@ccm-italia.org)

Consulta per la Salute Interculturale: cultura di rete e partecipazione (C)

GNOLFO F., IANNACE A., LOMBRICI M., PARISI C., RINALDI I., SANTONE G., SPADEA A., SILVESTRI M.R., TARANTINO P., TONETTI S.

Azienda USL Roma A

Obiettivi

Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati mediante l'adozione di modelli di sanità pubblica incentrati sulla sinergia pubblico-privato sociale e sulle esperienze di rete. Favorire la partecipazione attiva delle comunità etniche nella definizione dei bisogni di salute e nelle scelte in sanità, in una logica di empowerment e di relazioni reciproche.

Metodi

Attraverso il rapporto con un territorio particolare, per la rilevante presenza di cittadini stranieri (Municipio Roma Centro Storico 29,7% della popolazione residente) e, per la presenza di importanti strutture d'accoglienza e d'assistenza sociale e sanitaria, l'Azienda USL Roma A (ASL RM/A) ha promosso lo sviluppo di una rete di servizi culturalmente competenti (Coordinamento Salute Migranti), un modello incentrato su esperienze di rete (GrIS Lazio), sull'integrazione con gli enti locali e su intese in cui hanno trovato spazio e valorizzazione anche le esperienze del privato sociale e del volontariato.

Risultati

La ASL Roma A, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Regionale 2010-2012 ("Salute e multietnicità"), ha voluto istituire la Consulta per una Salute Interculturale, spazio comune di analisi e proposte della ASL RM/A, dei Municipi, delle associazioni e enti con cui collabora per pianificare azioni di comunità e programmi di integrazione sociosanitaria. Aderenti: Caritas di Roma, Centro Astalli, Casa dei Diritti Sociali, Comunità di Sant'Egidio, CIES, INMP, Casa della Solidarietà, Imagine Onlus, Associazione Mama Africa, Polo Intermundia, Progetto Mediazione Sociale, Associazione Infermieristica Transculturale, Movimento Cristiano Lavoratori, Municipio Roma Centro Storico, Secondo, Terzo e Quarto. Osservatori: Laziosanità Agenzia Sanità Pubblica (Regione Lazio) e Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute (Roma Capitale).

Conclusioni

La complessità dei bisogni di salute e, le condizioni di esclusione sociale richiedono molteplici livelli partecipativi, condivisione di culture e unitarietà di intenti e proposte. Finalità della Consulta per una Salute Interculturale sono le seguenti: 1) Lettura dei bisogni sanitari e sociali espressi dagli stranieri; 2) Promozione della partecipazione attiva delle comunità etniche; 3) Azione di stimolo sulle istituzioni per trovare soluzioni innovative che affrontino i problemi delle condizioni vulnerabili (migranti forzati, vittime di tortura, rom e sinti).

Contatto: Filippo Gnolfo (filippo.gnolfo@aslromaa.it)

Commissione salute del CNI Caritas Italiana: una rete nella rete per le reti (C)

GERACI S.^{1*}, ADJICOUE R.^{2*}, ARGHENINI P.³, CERBO A.V.^{4*}, PALLUCCO G.^{5*}, NIGLIO F.^{6*}, RIGOBELLO I.⁷, FORTI O.⁸
Caritas di: ¹Roma, ²Aversa, ³Lodi, ⁴Cagliari, ⁵Spoletto, ⁶Foggia, ⁷Adria-Rovigo, ⁸Caritas Italiana, *soci Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Obiettivi

La Caritas è un organismo pastorale della Chiesa cattolica che ha un mandato prevalentemente pedagogico nella promozione della solidarietà e della giustizia con azioni ed "opere segno" segno consono ai bisogni ed ai tempi. Il campo dell'ascolto, dell'orientamento e della presa in carico degli immigrati anche con specifici bisogni sanitari ha da sempre contraddistinto l'impegno delle varie Caritas diocesane, con un approccio teso a superare la logica della mera emergenza e volto a favorire l'accoglienza e le iniziative di integrazione sui territori e l'emersione di diritti per la dignità ed il rispetto di ciascuno.

Metodi

Dal 1995 la Caritas Italiana si è dotata di un Ufficio Immigrazione la cui finalità è stata sin dall'inizio quella di promuovere e sostenere le iniziative delle Caritas diocesane sui temi della mobilità umana. Nel 2001 è stato istituito un Coordinamento Nazionale impegnato su vari aspetti critici dell'Immigrazione (tratta, richiedenti asilo e rifugiati, accoglienza). Dal 2009 si è attivata una Commissione salute per avviare un processo di messa in rete di esperienze e competenze e per rendere efficace l'impegno per percorsi di salute e di diritti in ambiti territoriali non sempre omogenei per politiche di accoglienza e per organizzazione. Dopo un primo momento conoscitivo e di definizione di un linguaggio condiviso, si è avviato un censimento del territorio e si sono identificate specifiche azioni ed una comune progettualità.

Risultati

Tra il 2010 e 2011 sono state censite oltre 14.000 strutture socio assistenziali riconducibili alla Chiesa cattolica nelle sue varie espressioni e di queste 863 sono i servizi nell'ambito del sostegno alla popolazione immigrata. Sulle 220 Caritas diocesane, oltre il 60% è attiva sui temi dell'immigrazione da oltre 10 anni, il 40% ha una specifica esperienza sui richiedenti asilo, il 31% sulle vittime di tratta e il 20% sui minori non accompagnati. Il 92% delle Caritas impegnate lo fa attraverso Centri di ascolto e il 43% ha maturato una specifica attenzione sanitaria. La recente "Emergenza Nord-Africa" ha visto attive 69 Caritas con l'accoglienza diffusa sul territorio nazionale di 2.932 profughi. Infine sono oltre 50 le strutture sanitarie delle varie Caritas in Italia dedicate all'assistenza per stranieri in condizioni di esclusione sociale e/o privi di documenti di soggiorno. Un patrimonio unico per rappresentanza locale e capillarità.

Conclusioni

Potenzialmente i vari servizi sanitari delle Caritas diocesane sono una rete veramente significativa, naturalmente inserita nella rete che è il Coordinamento Nazionale Immigrazione (CNI) e in parte funzionale ad altre reti locali come i Gruppi Immigrazione e Salute - GrIS della SIMM. In questo ambito in particolare segnaliamo il ruolo attivo delle Caritas laziali, lombarde, trivenete, toscane e calabresi che testimoniano un percorso possibile e fecondo. Ciò delinea futuri auspicabili sviluppi della rete di reti: nell'implementazione di collaborazioni nei territori dove esistono GrIS e Caritas attive; nella definizione di progetti innovativi, per esempio nell'ambito della mediazione culturale o dell'offerta attiva di interventi sanitari (screening, vaccinazioni) mediante il coinvolgimento diretto delle comunità locali di stranieri; nell'analisi di modelli organizzativi o formule particolari di collaborazione con le istituzioni pubbliche (sussidiarietà); nella formazione comune.

Contatto: Salvatore Geraci (salvatore.geraci@caritasroma.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Per una rete globale sulla salute dei migranti: l'occasione del People's Health Movement (C)

BODINI C.*, CAMPLONE I.*, CASADEI R.^\, RINALDI A.^\, ZECCA S.^\

* Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna

^\ Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale

Il People's Health Movement (PHM) è un movimento globale per il diritto alla salute. Nato nel 2000 in occasione della prima Assemblea per la Salute dei Popoli, svoltasi in Bangladesh, è cresciuto da allora a oggi grazie alla creazione in numerosissimi Paesi di 'cerchi', reti locali e nazionali che – con ampia autonomia di tematiche e strategie – svolgono azioni di advocacy e di mobilitazione sul territorio.

Il PHM non è un'organizzazione ma un vero e proprio movimento sociale, affine (e in parte affiliato) a quelli sorti al termine degli anni Novanta per dare voce a una corrente di pensiero critica rispetto alla natura egemone, distruttiva dell'ambiente e generatrice di disuguaglianze della globalizzazione neoliberista. La struttura è estremamente leggera e l'appartenenza dei membri è basata semplicemente sulla sottoscrizione della Carta per la Salute dei Popoli, manifesto del movimento.

La vera e propria linfa del PHM sono i 'cerchi-Paese': molto radicati nel subcontinente indiano, in Asia e in America Latina, negli ultimi anni sono cresciuti un po' in tutta l'Africa, nonché in Paesi come Stati Uniti e Regno Unito, in stretta correlazione con l'ondata di proteste sociali rispettivamente contro il vigente sistema economico-finanziario (Occupy movement) e contro lo smantellamento del sistema sanitario nazionale britannico. In ogni contesto, il processo di mobilitazione e affiliazione parte sempre dalla base e dal territorio ed è molto autodeterminato per quanto riguarda struttura, tematiche e strategie di azione, a garanzia del fatto di potersi iscrivere all'interno delle priorità locali nonché delle strutture e delle forme di organizzazione già esistenti. In Italia non vi è (ancora) un vero e proprio 'cerchio', ma singole realtà in contatto con la rete europea e globale come il Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna e l'organizzazione non governativa Aifo.

La tematica della migrazione non è tra gli assi 'storici' di mobilitazione del PHM, ma negli ultimi anni è emersa con sempre maggiore forza tanto da occupare, nella recente Assemblea Mondiale svoltasi a Città del Capo (Sudafrica) nel luglio 2012, diverse sessioni tematiche e uno spazio nella 'chiamata all'azione' finale. In un movimento che si descrive come 'rete di reti', e che connette individui e organizzazioni su assi tanto orizzontali (tra Paesi e regioni) quanto verticali (tra il locale e il globale), appare evidente quanto il fenomeno migratorio rappresenti un ambito paradigmatico di riflessione e azione.

Nel contesto europeo, in quest'ambito il PHM ha le potenzialità per fornire uno spazio comune, transnazionale, di confronto tra esperienze e pratiche relative alla tutela del diritto alla salute dei migranti, nonché di elaborazione di proposte e campagne condivise rivolte alle istituzioni europee. Inoltre, la rete offre snodi di connessione con i tanti Paesi di origine dei migranti, aprendo possibilità di cooperazione orientata alle dinamiche di co-sviluppo. Tali articolazioni possono produrre un positivo meticciamiento delle forme di azione e dare luogo ad alleanze sinergiche fondate sul riconoscimento della strutturalità delle cause per le quali ci si mobilita.

Contatto: Chiara Bodini (chiara.bodini@unibo.it)

Buone prassi di sanità pubblica e lavoro di rete nei percorsi di accoglienza per i profughi in Friuli (P)

BRUSSI V.*, MAURO K.*, GNESUTTA D.*, PITZALIS G.^o, DE LOTTO S.[^], DIALLO KANE A.[#]

*Medicina Sociale del Dipartimento di Prevenzione del Medio Friuli; ^oGruppo Immigrazione Salute Friuli Venezia Giulia; [^]Associazione Nuovi Cittadini Onlus Udine; [#]Associazione Onlus Mediatori di Comunità Udine

Obiettivi

Nelle esperienze dello SPRAR si consolidano percorsi di prima accoglienza sanitaria per affrontare la tutela della salute dei migranti più vulnerabili, con una gestione ordinaria e non emergenziale, in un'ottica multidisciplinare, in rete con il territorio. Gli interventi di prevenzione secondaria sono programmati per offrire azioni finalizzate a "prendersi cura" della salute dei migranti, degli operatori e della collettività e devono essere commisurati alla effettiva possibilità di realizzare appropriati trattamenti profilattici, terapeutici e la presa in carico delle persone.

Metodi

Agli inizi degli anni Novanta, dopo lo scoppio della guerra, i profughi dalla ex Jugoslavia vennero ospitati nelle ex caserme: gli interventi di sanità pubblica si limitarono ad indagini schermografiche e campagne vaccinali; l'assistenza sanitaria era garantita attraverso complessi meccanismi burocratici e amministrativi solo a chi aveva ottenuto lo status di "sfollato dalle repubbliche sorte nei territori della ex Jugoslavia". Le prime esperienze di accoglienza diffusa nel territorio nascono proprio dalla diaspora dai campi profughi, grazie alla azione congiunta della Amministrazione provinciale di Udine e di alcuni Comuni friulani. Come per tutti gli altri immigrati, la ricerca di percorsi che facilitino l'accesso ai servizi sanitari, cresce attraverso azioni di rete che mirano alla integrazione civile e sociale dei migranti e alla formazione degli operatori. Dopo le prime esperienze regionali in tema di asilo e la sperimentazione di collaborazioni organiche tra Aziende Sanitarie e "Piano Nazionale Asilo", con l'attivazione del "Sistema di protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati", vengono formalizzati i protocolli per l'assistenza sanitaria ai migranti più vulnerabili, consolidando legami fra i vari attori degli Enti locali e della società civile, deputati all'accoglienza dei Richiedenti Asilo e Rifugiati.

Risultati

Consapevoli che non esistono protocolli rigidi o linee guida coercitive, abbiamo elaborato percorsi sanitari, con presenza e collaborazione costante del mediatore culturale: colloquio, anamnesi medica e sociale, raccolta della storia migratoria, valutazione dello status giuridico, visita medica generale, pianificazione percorsi sanitari, invio concordato al consultorio familiare, eventuale attivazione del centro di salute mentale; prelievo: emocromo, AST, ALT, verifica situazione vaccinale, sierologia HBV, sifilide e HIV; prova tubercolinica, eventuale Rx-torace, profilassi farmacologica; comunicazione esito esami e completamento vaccinazioni, comunicazione diagnosi malattie infettive acute, croniche o pregresse, predisposizione percorsi di presa in carico per controlli successivi o terapie del caso (in particolare HBV, HIV e sifilide); indagine epidemiologica ed educazione sanitaria; relazioni per il medico curante con attenzione alla salute femminile, infantile e mentale; certificazioni per invio in commissione per i richiedenti protezione.

Conclusioni

Grazie anche al lavoro del GrIS Fvg, degli enti dello SPRAR della rete "voikrucigo/crocicchio", delle Caritas diocesane, coinvolgendo Dipartimenti di Prevenzione e Distretti Sanitari e Direzione Centrale Salute della Regione Fvg, durante l'"emergenza profughi dal Nord-Africa" del 2011, dopo alcune incertezze iniziali, queste raccomandazioni, applicate con discernimento nei diversi contesti territoriali, hanno contribuito a prevenire accessi inappropriati ai Pronto Soccorso, a evitare allarmismi, incomprensioni ed eccesso di prestazioni, migliorando serenità e sicurezza delle comunità, capacità relazionali degli operatori, appropriatezza delle scelte cliniche e modalità di accesso ai servizi sanitari.

Contatto: *Valentina Brussi* (valentina.brussi@mediofriuli.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Promozione della salute dei migranti e professionisti socio-sanitari: limiti e prospettive di un network università-servizi, nell'esperienza del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI, Università di Bologna) (P)

MARTINO A., TORTORETO B., MARTA B.L., CACCIATORE F., CIANNAMEO A., PARISOTTO M., MARANINI N., DI GIROLAMO C., BODINI C., CAMPLONE I., FABBRI A., LORUSSO A., STEFANINI A.

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna (CSI)

Obiettivi

Il CSI dal 2006 è impegnato nella promozione della salute, attraverso attività di ricerca e formazione che coinvolgono la realtà accademica e il lavoro con professionisti dei servizi ospedalieri e territoriali. Obiettivo del contributo è riportare alcuni aspetti inerenti ruolo, posizionamento e pratiche degli operatori socio-sanitari nei confronti della popolazione migrante che interagisce con i servizi.

Metodi

Le riflessioni emergono dalle esperienze di formazione e ricerca sulla relazione servizi-migrazione maturate negli ultimi 5 anni. Le attività formative sono state svolte in contesti pre e post-laurea (Università, formazione permanente) mediante un approccio di ricerca partecipativa, per raccogliere bisogni di studenti e operatori e co-costruire percorsi formativi tarati sulle loro necessità. I progetti di ricerca, svolti attraverso una prospettiva multisituata (servizi, territorio), hanno utilizzato strumenti qualitativi privilegiando il coinvolgimento degli attori sociali. Le informazioni rilevate durante entrambe le attività, tramite questionari di gradimento dei corsi, note di campo, interviste e osservazioni etnografiche, hanno costituito materiale di analisi, elaborato da una équipe multidisciplinare, combinando un approccio di salute globale con una chiave di lettura socio-antropologica.

Risultati

A fronte delle dinamiche politico-economiche e dei bisogni di una società trasformata dai processi migratori, emerge come l'offerta formativa universitaria non costituisca un adeguato background teorico-pratico per affrontare le nuove istanze sociali correlate alla salute. Tale complessità, tuttavia, riaffiora continuamente nella relazione di cura, mettendo in crisi un modello di presa in carico riduzionista poco aperto alla compresenza di più dimensioni, fondato su una standardizzazione di pratiche tarate non tanto sui bisogni degli utenti, quanto sulle risorse dei servizi. Tale modello ostacola un'efficace promozione dell'equità, non riconoscendo adeguatamente fragilità e necessità specifiche degli utenti, non integrando completamente quelle fasce più vulnerabili della popolazione, di cui i migranti rappresentano un caso paradigmatico. Dalle narrazioni e dai bisogni raccolti dagli operatori emerge come la chiave culturalista utilizzata nella relazione col migrante non sia sufficiente. Anche laddove questa sia superata da una prospettiva più ampia che contempla le implicazioni socio-politiche ed economiche dei processi di salute-malattia, si assiste a uno scollamento tra teorie proposte ed effettive possibilità operative. L'attuale organizzazione dei servizi costringe tempi, spazi e interventi, rivelando l'estrema difficoltà nel tradurre in pratiche le conoscenze maturate, che presupporrebbero cambiamenti strutturali. Tali dinamiche ingenerano negli operatori un senso di iper-responsabilizzazione e frustrazione, sollevando questioni etiche rispetto a ruoli, competenze e produzione delle proprie pratiche, portando a ricercare soluzioni alternative nello spazio d'azione individuale.

Conclusioni

Il lavoro con gli operatori ha evidenziato come, per un miglioramento nella relazione con l'utenza straniera, non sia sufficiente agire unicamente sulla formazione senza operare per un cambiamento di quelle condizioni strutturali in cui le pratiche degli operatori hanno luogo; contemporaneamente è fondamentale promuovere un'etica che concepisca la salute nella sua complessità, mettendo in primo piano i bisogni del paziente e modulando gli interventi in tal senso, proprio partendo dalla formazione. Ciò può essere pensato incentivando la condivisione di responsabilità e potere politico-decisionale, a livello istituzionale e territoriale, coinvolgendo attori e comunità locali per una modifica delle pratiche che funga da motore per un cambiamento a un livello più strutturale.

Contatto: Brigida Lilia Marta (brigida.marta@gmail.com)

Un Centro Studi sulla salute dei migranti, un punto di riferimento nella rete (P)

CASTRO CEDENO G., HABLÈ N.E., MARTELLI G., WALTON P.

Area Sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Il Centro studi Salute e Immigrazione-C.Sel, nasce nel 2001 come esigenza degli operatori dell'area sanitaria della Caritas di Roma, di acquisire maggiore conoscenza e competenza sui temi riguardanti la salute degli immigrati. Il principale obiettivo è quello di raccogliere e sistematizzare materiale bibliografico su questi temi includendovi anche la salute della popolazione rom e la salute mentale dei cittadini italiani. Dopo la raccolta e sistemazione in biblioteca, il materiale viene messo a disposizione degli operatori dei servizi Caritas, degli operatori sociosanitari del pubblico e del privato sociale, degli studenti e ricercatori universitari e di tutte le persone interessate a conoscere ed approfondire il tema della salute dei migranti.

Metodi

Nell'immediato il servizio si è dotato di un database per la registrazione e di una biblioteca, aperta due volte a settimana su appuntamento, per la sistemazione del materiale bibliografico diviso tra libri, riviste, tesi, articoli, materiale digitale e pubblicazioni. Ha preso contatti con altre strutture del pubblico e del privato sociale che, come il poliambulatorio della Caritas di Roma, si occupano della salute degli immigrati, promuovendo la divulgazione di materiale prodotto dalle singole esperienze. Al suo interno una équipe di volontari si occupa dei rapporti con le case editrici stabilendo contatti con le istituzioni e servizi sensibili al tema della salute dei migranti. Infine, si è proposto come punto di riferimento per la ricerca agli operatori nei servizi, agli studenti e ricercatori nelle università e nelle agenzie di formazione ed ha promosso il servizio del Centro Studi come opportunità di volontariato alle persone interessate.

Risultati

Oggi il centro studi conta più di duemila documenti tra libri, tesi, riviste, articoli e letteratura grigia, alcuni consultabili in formato elettronico direttamente sui computer presenti nella struttura; ha fornito consulenza e materiale a più di 100 persone acquisendo in cambio i lavori prodotti in forma di tesi e ricerche; ha sensibilizzato persone dell'editoria e della società civile e si avvale del contributo prezioso di 15 volontari che a turno contribuiscono al funzionamento del servizio.

Conclusioni

Negli anni il Centro Studi, oltre all'acquisizione di materiale, è diventato un punto di riferimento non solo per gli operatori dei servizi sanitari che si occupano di cittadini immigrati a livello locale e nazionale, ma anche di studenti di varie facoltà per l'elaborazione e stesura di tesi di ricerca o, semplicemente, per conoscere ed approfondire un tema così importante non solo dal punto di vista assistenziale ma anche dei diritti e della promozione della salute. Gli sviluppi avuti dal Centro Studi negli ultimi anni hanno reso necessario un maggiore investimento di risorse umane ed economiche con l'obiettivo di rendere possibile la consultazione on line, obiettivo che si spera di raggiungere al più presto per migliorare la qualità del servizio non solo a livello locale.

Contatto: *Gonzalo Castro Cedeno* (c.documentazione@areasanitaria.it)

La valorizzazione della rete dei servizi nella formazione degli operatori sanitari: l'esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia (P)

CHIARENZA A., RIBOLDI B., DALL'ASTA I.
AUSL Reggio Emilia

Obiettivi

A seguito di una ricerca svolta nel 2009 sui principali bisogni degli operatori e dell'utenza immigrata riguardo alle difficoltà comunicative e le barriere linguistiche e culturali esistenti nella relazione operatore/paziente, è stato realizzato nel 2011 un percorso formativo, organizzato dallo Staff Ricerca e Innovazione in collaborazione con due Consorzi di solidarietà sociale che si occupano di mediazione linguistico culturale, e che ha coinvolto anche altri enti del territorio.

Obiettivi: fornire agli operatori sanitari conoscenze e strumenti utili per gestire le difficoltà quotidiane nel campo della comunicazione interculturale; migliorare la capacità degli operatori di affrontare le situazioni problematiche non solo all'interno del proprio team, ma anche e soprattutto relazionandosi con attori esterni come assistenti sociali e operatori dei servizi sociali. Questo aspetto è alla base di tutto il percorso formativo: gli utenti presi in carico nei nostri servizi sono prima di tutto persone che, oltre al problema di salute, portano con sé altre caratteristiche e unicità che non sono sempre e solo strettamente legate al contesto sanitario, ma che sicuramente non possiamo ignorare.

Metodi

Il percorso formativo è stato realizzato in ciascun distretto socio-sanitario dell'azienda e si è articolato in 4 moduli: 1) Inquadramento del fenomeno migratorio nel distretto: la presenza della popolazione immigrata, il profilo di salute del migrante e l'impatto sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari con contestualizzazione sul territorio. 2) La competenza culturale: le culture e le persone nei percorsi di umanizzazione dei servizi (concezione di salute, malattia, nascita, culto della morte, usi e costumi, abitudini alimentari, stili di vita, ecc.). 3) La comunicazione interculturale nella relazione professionista e cittadino: le dinamiche comunicative nella mediazione interculturale e la gestione del conflitto. 4) La health literacy e l'informazione: la conoscenza e l'empowerment del paziente/cittadino nella relazione di cura. Ogni modulo comprendeva una prima parte frontale tenuta da professionisti esperti appartenenti alle realtà locali, ed una seconda parte di lavori di gruppo dove è stata utilizzata la modalità partecipativa della discussione di casi a seconda delle tematiche.

Risultati

La partecipazione e il coinvolgimento al corso di formazione sono stati elevati in tutti i Distretti e si è riscontrato interesse nei temi trattati. Alcuni operatori hanno sollevato la necessità di approfondire temi critici e rilevanti in modo integrato con gli altri attori del territorio: questa indicazione è stata un importante risultato per la progettazione futura di interventi e di attività di approfondimento da affrontare in rete. La composizione multiprofessionale dei partecipanti ha permesso di vedere le problematiche da diverse prospettive e ha dato modo di confrontarsi su diverse modalità di risoluzione delle situazioni critiche.

Conclusioni

La progettazione e l'organizzazione del corso hanno coinvolto professionisti interni all'AUSL (direzioni di ospedali e distretti, referenti dei servizi e delle U.O. a maggiore accesso di utenza straniera) e soggetti appartenenti ad enti esterni (Cooperative di solidarietà sociale, comuni, servizi sociali, ecc.), questo ha permesso di rafforzare una rete già presente.

La multidisciplinarietà dei partecipanti e la loro appartenenza allo stesso distretto socio-sanitario ha permesso interessanti discussioni e una maggiore concretizzazione dei contenuti esposti.

Contatto: Antonio Chiarenza (antonio.chiarenza@ausl.re.it)

Medicina e Globalizzazione: l'esperienza della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Palermo (P)

GAMBINO V.°, DAVÌ D.°, COSTUMATI A.°, AFFRONTI M.*

°Segretariato Studenti di Medicina (SISM) Palermo, *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Obiettivi

L'Attività Didattica Opzionale (ADO) "Medicina e Globalizzazione" svoltasi a Palermo i giorni 4, 5 e 6 giugno 2012 è stata ideata al fine di integrare alle conoscenze degli studenti i concetti fondamentali di quest'area tematica, stimolando al contempo il dibattito e l'approfondimento autonomo. Si è inoltre cercato di ottenere dai partecipanti la comprensione del ruolo centrale di una visione globale della salute da parte del professionista socio-sanitario. Riteniamo infatti che un medico non possa essere estraneo all'idea che la salute in quanto tale sia globale: comprendere ciò passa attraverso l'assunzione di coscienza dei determinanti di salute, nonché della loro permeante natura politica ed economica. Questo il percorso di presa in carico del ruolo del medico nell'ambito della cooperazione internazionale, e, per certi versi, anche della cooperazione quotidiana col paziente.

Metodi

Le tre giornate di svolgimento dell'ADO hanno visto l'affiancamento di lezioni frontali, tenute da professionisti del settore (RIISG, CSI, CUAMM, SIMM), ad attività di gruppo volte al coinvolgimento della totalità dei discenti. Le tematiche scelte hanno riguardato la Salute Globale ed i Determinanti di Salute, le Disuguaglianze, i Sistemi sanitari, la Cooperazione Internazionale e la Medicina delle Migrazioni.

Risultati

Come rilevato tramite appositi questionari giornalieri volti alla valutazione del gradimento, il 94,5% (media ponderata su tutte le giornate) dei partecipanti ha dichiarato che le lezioni sono state stimolanti ed hanno fornito elementi utili per le proprie future scelte personali e professionali. L'89,5% dei partecipanti ha inoltre ritenuto necessario l'inserimento di tali tematiche nel curriculum previsto dal proprio corso di laurea.

Conclusioni

Il gradimento degli studenti e le loro considerazioni dimostrano la volontà di una maggiore conoscenza delle tematiche affrontate durante l'ADO, ponendo le basi per un auspicabile inserimento delle stesse nell'offerta formativa dei corsi di laurea di ambito socio-sanitario.

Contatto: Danilo Davi (danilo.davi@live.it)

Laboratorio di medicina transculturale per una salute senza esclusioni (P)

SANTODIROCCO A.*, LIDDO M.*, MAISANO B.*, CANDELA E.°, MESSINA S.°, TORCHIARO A.°, MONTAGNA M.°

*Area sanitaria Caritas di Roma; °Segretariato Italiano Studenti Medicina (SISM): sedi universitarie Sapienza (Policlinico e S.Andrea) Tor Vergata, Cattolica

Obiettivi

Sperimentando una medicina che va oltre l'ambiente accademico, si avverte il bisogno di un sapere vicino alla gente, e la necessità di una ricerca fatta su strada che consideri l'impatto dei determinanti sociali sulla salute delle persone: la povertà, la migrazione, l'emarginazione diventano così temi imprescindibili per il medico di oggi, che non può esimersi dall'impegno per la promozione del diritto alla salute per tutti. Gli studenti sono il terreno fertile in cui gettare il seme dei diritti e del rispetto, della relazione e dell'ascolto, della lotta ai pregiudizi. Pertanto, alla luce dei fenomeni politico-sociali ed economici, oggi più che mai la promozione della salute richiede un approccio transculturale. È in questo ambito che si è sviluppata la collaborazione tra la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e il Segretariato Italiano Studenti di Medicina all'interno del progetto formativo dell'Area sanitaria Caritas. La relazione, l'interculturalità, l'interdisciplinarietà sono gli obiettivi del tirocinio SISM e anche gli strumenti per costruire un autentico rapporto medico-paziente.

Metodi

Gli studenti dei corsi di laurea di medicina sono i destinatari e gli attori stessi del tirocinio, che si realizza in due ambiti: l'esperienza nel poliambulatorio dell'Area sanitaria della Caritas, iniziata nel 2001, e l'esperienza con i senza dimora, all'interno del progetto SalutesuStrada, iniziata nel 2010, entrambe precedute da uno specifico percorso formativo.

Poliambulatorio: gli studenti affiancano le diverse figure professionali che operano per la cura delle persone e conoscono in tal modo le varie realtà della struttura: accoglienza, ambulatorio, servizio farmaceutico, medicheria. Centrale non è l'acquisizione di nozioni scientifiche, ma la relazione con le persone in un contesto a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale che punta al benessere della persona nella sua singolarità e complessità, rovesciando la logica proposta dalla didattica e dalla pratica moderna.

SalutesuStrada: lo studente ha la possibilità di acquisire le competenze relazionali necessarie per promuovere la salute delle persone in grave stato di emarginazione. La frequentazione delle stazioni o di altri luoghi di aggregazione dei senza dimora, consente di imparare come riavvicinare la persona ai servizi del territorio, effettuando una costante opera di orientamento sanitario.

Risultati

Il progetto di tirocinio ha visto in questi undici anni crescere esponenzialmente la partecipazione di studenti provenienti dalle quattro Facoltà di Medicina di Roma (circa 30-40 ogni anno). La valutazione qualitativa dell'esperienza evidenzia la centralità degli aspetti relazionali nell'approccio medico-paziente e l'importanza di una visione globale della salute e quindi della rete per ampliare il raggio della formazione.

Conclusioni

L'interculturalità e l'interdisciplinarietà sono essenziali per realizzare oggi una medicina attenta ad ogni persona, senza esclusione. La salute, quindi, non è carità ma impegno sociale che si sviluppa a partire dall'affermazione di un diritto, insito nella dignità umana che non dipende dalle decisioni politiche del momento. "Ama il prossimo tuo non come te stesso, misera equazione, amalo di più" (cit. Erri de Luca).

Contatto: Antonio Santodirocco (antonio.santodirocco@libero.it)

Le iniziative delle Regioni italiane atte a migliorare l'accesso alle vaccinazioni della popolazione migrante (P)

RICCARDO F., DENTE M.G., DECLICH S.

Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive – Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Obiettivi

La tutela della salute in Italia, è sancita dall'articolo 32 della Costituzione: qualsiasi straniero presente può usufruire dei servizi sanitari pubblici sulla base della Legge 40 del 1998 attuata con norme nazionali, regionali e locali. Ostacoli nell'accesso della popolazione straniera ai servizi sanitari sono stati più volte identificati. Studi sui servizi sanitari nei Centri di Immigrazione hanno messo in evidenza deficit più gravi nei servizi di prevenzione in quanto l'offerta tende ad essere reattiva. L'ipotesi che l'accesso degli stranieri ai servizi preventivi sia particolarmente critico è confermata da uno studio sull'epidemia di morbillo in Europa che identifica le popolazioni rom/sinti ed immigrate tra le categorie maggiormente a rischio di non essere vaccinate. Questo abstract presenta un'analisi preliminare delle strategie sperimentate localmente in Italia adottate per favorire l'accesso ai servizi di prevenzione che potrebbero diventare modelli replicabili in altre realtà.

Metodi

Tra il 1 aprile ed il 13 giugno 2011 è stato richiesto alle 21 Regioni e PA di sottomettere esperienze nel campo delle vaccinazioni rivolte ai migranti. Esperienze sono state raccolte anche tramite la ricerca di pubblicazioni e letteratura grigia. I criteri di inclusione erano una popolazione target che comprendesse stranieri presenti a medio-lungo termine in Italia e iniziative volte a favorire l'accesso a servizi vaccinali. Le iniziative sono state classificate in tre categorie: 1) attività volte a migliorare l'accesso a servizi pubblici; 2) azioni ad hoc rivolte a popolazioni vulnerabili; 3) attività complementari finalizzate a "fare da ponte" tra utente e servizi pubblici.

Risultati

In totale sono state raccolte 21 iniziative attuate in 10 Regioni. Dodici iniziative corrispondevano alla categoria 1. Tre erano focalizzate sulla vaccinazione, le rimanenti avevano un approccio più ampio di accesso alla salute. L'83% si svolgeva all'interno di ASL, tutte hanno prodotto materiale informativo tradotto (fino a 18 lingue) e la metà offriva servizi di mediazione culturale e linguistica. Quattro iniziative corrispondevano alla categoria 2. Tre erano campagne vaccinali temporanee, due hanno prodotto materiale informativo. Tutte hanno offerto servizi di mediazione. Cinque iniziative corrispondevano alla categoria 3. Due si svolgevano nelle ASL e tre erano frutto di collaborazioni tra attori pubblici o privati ed il Sistema Sanitario Nazionale. Queste ultime agivano sia in modo passivo fornendo servizi mirati, sia attivamente individuando la popolazione target nei nosocomi. Tutte hanno prodotto materiale informativo e quattro hanno offerto servizi di mediazione. Le esperienze raccolte sono state considerate anche dall'analisi condotta nel quadro del Progetto Europeo Promovax che ha prodotto "The Migrant Immunization Best Practices Index".

Conclusioni

La molteplicità delle iniziative individuate e la loro diversità disegna un quadro di forte mobilità socio-sanitaria locale. Dopo questa iniziale descrizione delle tipologie di intervento sul territorio sarà necessario identificare criteri di qualità, valorizzando anche l'Evaluation Tool prodotto nel quadro del Progetto Europeo Promovax, individuare le strategie più efficaci e modelli potenzialmente replicabili anche a livello europeo.

Contatto: Maria Grazia Dente (mariagrazia.dente@iss.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Migrazione, salute socio-relazionale e servizi sanitari. La complessità dell'interazione nelle testimonianze dei pazienti. L'esperienza del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (C)

MARTINO A., CIANNAMEO A., PARISOTTO M., MARANINI N., MARTA B.L., TORTORETO B., CACCIATORE F., DI GIROLAMO C., BODINI C., CAMPLONE I., FABBRI A., LORUSSO A., STEFANINI A.

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna (CSI)

Obiettivi

Dal 2006 il CSI lavora sul tema della salute dei migranti attraverso progetti che coinvolgono i servizi sociali e sanitari, il territorio, le comunità, l'Università. In questi anni, attraverso differenti ricerche e grazie all'utilizzo di metodologie qualitative, sono state raccolte testimonianze di migranti, operatori dei servizi, amministratori e decisori politici. Obiettivo del contributo è illustrare alcuni aspetti significativi connessi alle dimensioni biologiche, socio-culturali, politico-economiche della sofferenza; alle differenti modalità di costruzione della salute e della malattia fuori e dentro i servizi; alla capacità dei servizi di rilevare i bisogni e le relative percezioni della popolazione; alla gestione dell'alterità e della complessità di cui il paziente migrante è spesso portatore.

Metodi

Sono stati valutati i materiali raccolti nell'ambito dei quattro principali progetti di ricerca-azione partecipata inerenti alla salute della popolazione migrante, realizzati negli ultimi quattro anni e condotti attraverso metodologie etnografiche (interviste in profondità, focus group, osservazione partecipante) dentro e fuori i servizi sanitari. Si è scelto di lavorare su 50 interviste, 10 focus group e sui diari di campo, attraverso numerosi incontri di analisi in équipe multidisciplinare. Sono stati integrati i quadri teorici della medicina delle migrazioni, della salute globale e dell'antropologia medica problematizzando, attraverso un approccio auto-riflessivo, le categorie in uso, il ruolo e il posizionamento etico-politico della ricerca stessa nella promozione della salute della comunità.

Risultati

Dall'analisi dei materiali emerge la percezione che i servizi socio-sanitari siano generalmente poco attrezzati nell'affrontare la complessità, indipendentemente dal fatto che riguardi migranti o italiani. In molti dei casi analizzati, la problematicità delle storie di vita di pazienti stranieri, la fragilità – e le conseguenti manifestazioni patologiche – sono vincolate a inique possibilità di accesso alle risorse socio-economiche. Ciò nonostante la risposta dei servizi è spesso il ricorso alla mediazione linguistico-culturale come unico strumento di compensazione. Questo porta a riflettere criticamente sull'utilità di strategie sanitarie dedicate esclusivamente al migrante, pur senza celare il fatto che un certo tipo di migrazione abbia delle ripercussioni gravi sulla salute. La popolazione migrante diventa, nei servizi, una presenza "problematica" o poco visibile. Ciò induce a ripensarne il profilo di salute, riproblematizzando l'invisibilità come frutto di rilevanti barriere di accesso piuttosto che di una migrazione "sana". Tale vulnerabilità non trova strategie d'inclusione laddove i servizi paiono spesso escludere coloro che non riescono a conformarsi alle traiettorie standardizzate del sistema sanitario.

Conclusioni

Dalle testimonianze dei pazienti emerge come la presa in carico da parte dei servizi si riduca all'utilizzo di definizioni patologiche quasi esclusivamente organiche, con rare riflessioni su questioni di ordine sociale. Se da un lato si assiste a uno schiacciamento della persona sulla mera esistenza biologica, dall'altro il servizio sanitario rimane uno dei pochi spazi in cui esprimere i propri bisogni, ragione per cui dovrebbe essere potenziato nella sua capacità di intercettazione e gestione di tali necessità. Ciò pare essere realizzabile solo attraverso strategie che ripartano dal paziente e dal coinvolgimento attivo delle comunità, per comprendere quali siano competenze e strumenti necessari a riformulare servizi realmente inclusivi e orientati alla persona.

Contatto: Anna Ciannameo (anna.ciannameo2@unibo.it)

Istituzioni di accoglienza e benessere: un possibile ossimoro (C)

PURGATO A., CECCARELLI G., MATTERA A., PACIFICI L.E.

Croce Rossa Italiana; Sapienza Università di Roma. Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali

Obiettivi

Tramite un case-study, si è cercato di evincere quali possono essere i rischi che portano a "non fornire benessere in un luogo deputato al benessere". Questo contributo vuole delineare le caratteristiche principali di una Istituzione-tipo deputata all'erogazione di servizi rivolti ad una popolazione eterogenea per provenienza e necessità, avente l'obiettivo dell'accoglienza a popolazioni in difficoltà. Qui risulta centrale la variabile "benessere", intesa come risultante delle variabili fisiche, mentali e sociali, percepita dalla popolazione oggetto di assistenza e dagli operatori chiamati a prestare la propria attività professionale al suo interno.

Metodi

L'Istituzione di Accoglienza (IA) è un sottotipo di Istituzione, a mission bifasica: 1) bisogni primari (vitto, alloggio, diritto alla salute); 2) bisogni secondari (socializzazione, orientamento, lavoro di rete con l'esterno). L'IA è un contenitore fisico e nella quale si intrecciano legami sociali multidimensionali, di tipo gerarchico/amicale nel gruppo degli operatori, e asimmetrici nel gruppo degli utenti (per anzianità di arrivo, provenienza, necessità). In contesti come questi, la mission è restrittiva: fornire benessere all'utenza, e garantire un certo grado di benessere agli operatori che la erogano quotidianamente. Rischio: in IA complesse il problema è quello di non considerare il benessere come moneta corrente utile alla sopravvivenza del sistema: se non spendo, non guadagno. La soluzione che l'IA cerca per non "spendere" benessere è quella di modificare la natura del legame senza esplicitarlo, secondo la formula APC (Alleanze, Patti, Contratti). Il modello APC garantisce il funzionamento dell'IA, ma distorce il legame (processi decisionali non manifesti, micro-gruppi) ottenendo che la mission si svuoti progressivamente di significato, arrivando in alcuni casi ad essere efficace se non applicata. Il CARA di Castelnuovo di Porto (scelto come case-study) è stato studiato dalla sua apertura in giugno 2008 al settembre 2010. Tra l'agosto 2008 e agosto 2010 la popolazione (N=4362) è stata composta da "medium" (58%) 1-6 mesi and "long term" (28%) più di 6 mesi "residents" (EUPHA 2012). L'approccio ciclico nella costruzione di questionari è stato di tipo teoria-data analysis.

Risultati

L'elaborazione dei dati ha mostrato che il carattere "umanitario" del luogo, denotato da caratteristiche salvifiche e/o messianiche, incide significativamente con la sensazione di "benessere" dei gruppi interessati. Lo strumento (Pyramid Procedure), già adottato in ambito clinico, è una intervista semi-strutturata a 6 livelli e valuta le interrelazioni tra benessere, contesti e fattori ambientali. I dati hanno evidenziato efficacia per: burocrazia: "costrizione benigna", incanala le aspettative rendendole condivise (44%); umanesimo: uguaglianza di tutti di fronte alla "legge" dell'IA (32%); democrazia: controllo delle decisioni possibilmente manifesto (24%). Come in studi precedenti, possibili "buone pratiche" nella gestione di un IA garantirebbero: 1) conservazione dei legami istituzionali utili alla mission; 2) accettabile quota di benessere percepito.

Conclusioni

Questo contributo vuole stimolare la discussione sulla natura dinamica di una IA, specialmente quando questa si propone di creare legami. Ciò si scontra sul campo con ostacoli che sembrano ricordare, se osservati con attenzione, il paradosso intrinseco del sistema: un'Istituzione che cura ha bisogno di essere curata costantemente per continuare a curare.

Contatto: Adriano Purgato (adriano.purgato@gmail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Supporto psicologico ed ascolto attivo del migrante nei Centri Governativi (C)

DE CESARE G., GRECO L.M., MONASTERO P., MANA F.G., DIODATI A.

Croce Rossa Italiana, Progetto Praesidium VII

Obiettivi

Nell'ambito del progetto Praesidium VII, La Croce Rossa Italiana ha svolto una indagine in alcuni Centri per migranti (CDA, CIE e CARA), con l'obiettivo di indagare l'organizzazione dell'assistenza psicosociale e le modalità di presa in carico delle vulnerabilità presentate dai migranti ospitati in tali strutture.

Metodi

È stata messa a punto una scheda di rilevazione dell'esistenza di attività di supporto psicologiche e sociali, che è stata somministrata in 12 centri (1 CDA 6 CIE e 5 CARA), che accolgono complessivamente circa 5200 persone, tra febbraio e maggio 2012, raccogliendo i dati relativi.

Le 5 aree esplorate riguardano: – Valutazione e presa in carico dei migranti – Supporto socio-psicologico – Organizzazione del centro – Svolgimento di attività di integrazione/socializzazione – Formazione e supervisione degli operatori.

Risultati

Dall'analisi delle schede somministrate è emerso che nella totalità dei casi sono presenti équipe di psicologi che svolgono la valutazione del migrante, la presa in carico, la segnalazione e l'avvio a trattamenti psichiatrici, se ritenuto necessario (in 12 centri su 12). Poca attenzione è riservata a corsi che riguardano la cura dell'igiene in generale (in 2 centri su 12). È garantita la preparazione all'incontro con la Commissione Territoriale (in 10 centri su 12) e si presta attenzione alla qualità del rapporto ospite-operatori in 5 centri su 12. Sono previste le lezioni di italiano in 7 centri su 12, mentre scarsa attenzione è rivolta allo svolgimento di attività sportive (in 3 centri su 12), di laboratori (in 4 centri su 12) e di corsi professionali (in 2 centri su 12). In nessun centro sono presenti attività di formazione e di supervisione per gli operatori.

Conclusioni

Dai risultati ottenuti, si evidenzia che nei centri monitorati è assicurata la presenza di operatori che si fanno carico della valutazione psicologica del migrante, al suo arrivo, ma manca un percorso strutturato di supporto alle difficoltà nel periodo di permanenza (attività di socializzazione, protezione delle donne, sostegno ai minori) che può esitare in un deterioramento dello stato di salute e solidità psicologica, soprattutto in caso di lunga permanenza nella struttura. In particolare, nei CARA, che dovrebbero essere parte di un progetto migratorio, si rileva una discreta attenzione agli aspetti inerenti il percorso legale per ottenere i documenti, piuttosto che ad un modus operandi strutturato che abbia la finalità di mettere in grado il migrante di essere autonomo in nuovo Paese e di poter usufruire dei servizi messi a sua disposizione dalle istituzioni competenti.

Scarsa attenzione viene data anche alle attività sportive, pur essendo queste ultime determinanti sia all'integrazione ed alla socializzazione delle diverse nazionalità nel centro, sia all'integrazione nel Paese ospitante. Tali attività potrebbero essere un buon filtro per gestire le tensioni e lo stress legati alla storia personale degli ospiti ed alle attese, a volte estenuanti, che il percorso burocratico spesso richiede. Si ritiene opportuno, inoltre, sottolineare la necessità di investire nella tutela della salute psicologica degli operatori, prevedendo una formazione continua e supervisione periodica del lavoro svolto, in quanto il logoramento emotivo degli operatori potrebbe compromettere nel tempo la qualità di tale lavoro ed il benessere psicologico degli operatori stessi.

Contatto: *Gessica De Cesare* (gessica.decesare@yahoo.com)

Esperienza religiosa e salute mentale negli immigrati vittime di tortura e violenze intenzionali (C)

GIACOMETTO R.

Area sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Nel servizio "Ferite Invisibili" dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma, accogliamo persone vittime di tortura e di violenze intenzionali, alle quali offriamo un servizio di psicoterapia. Nella conduzione dei colloqui, durante gli anni, ho notato che tra gli indicatori di salute psichica di chi ha vissuto tali esperienze, è sensato includere anche l'esperienza religiosa e spirituale, intesa come dimensione individuale e collettiva che può dare informazioni su come la persona tratta sé e gli altri. Le dimensioni della religiosità e della spiritualità hanno certamente un valore per ogni persona, e le modalità con cui queste vengono vissute, presentano delle caratteristiche peculiari negli immigrati; nelle vittime di tortura poi, nel modo di accostarsi alla preghiera e alla pratiche religiose, possono nascondersi alcuni indici di sofferenza psichica. Tali elementi, sono spesso legati a sensi di colpa, tentativi di espiazione, desiderio di mantenere l'appartenenza sociale e culturale e di continuare a sentire il legame con i familiari lontani, e spesso sofferenti per le condizioni di vita improvvisamente peggiorate a causa degli eventi traumatici subiti. In queste condizioni, in alcuni casi, è possibile notare come la tortura abbia minato il senso di integrità individuale, quando ad esempio la persona smette di pregare perché non se ne sente più degna, oppure quando attua pratiche di preghiera quali il digiuno, i risvegli notturni e le offerte a Dio, in una forma per cui vi è un evidente rischio per la sua salute fisica e psichica. Lo scopo di questo intervento è di delineare alcuni aspetti dell'esperienza religiosa che possono rappresentare un indicatore della condizione sintomatologica della persona che ha subito torture e violenze intenzionali, indicando come questi si possano legare a tre ambiti: l'alimentazione, il sonno e le pratiche di preghiera. Inoltre verranno identificate e illustrate strategie di conduzione del colloquio e del trattamento per queste condizioni particolari.

Metodi

Saranno presentate le storie di due persone, una di fede cristiana e una di fede musulmana, attraverso le quali si illustrerà come il digiuno (alimentazione), i risvegli notturni per pregare e le veglie di preghiera (sonno) e le modalità di attuazione delle pratiche di preghiera rappresentino vie di accesso alla comprensione delle conseguenze dell'esperienza traumatica vissuta.

Risultati

Porre attenzione ai segnali indicati e ai significati in essi contenuti permette di stabilire un'alleanza costruttiva tra la persona e l'operatore, e questo apre una possibile via alla relazione di cura.

Conclusioni

La descrizione dei casi invita gli operatori delle professioni di aiuto, a considerare la persona in un'ottica di globalità, nella quale includere quindi anche l'esperienza religiosa e spirituale. In particolare, alcuni indicatori possono segnalare una condizione di vulnerabilità e di sofferenza psichica, specifica per le vittime di tortura e violenze intenzionali.

Contatto: Rosanna Giacometto (rgiacometto@gmail.com)

List of Migration Traumas (LIMIT): sviluppo di uno strumento autosomministrato per indagare eventi potenzialmente traumatici in popolazioni migranti (P)

APRIGLIANO A., ARAGONA A., URBINATI S., ZAKERI S., FRABOTTA P., PISANI R., MAZZETTI M., GERACI S.
Area sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

La ricerca clinica indica che le esperienze migratorie, premigratorie e postmigratorie potenzialmente traumatizzanti vadano oltre gli eventi più tradizionalmente considerati patogeni in tal senso. Per fare luce su questa realtà, il presente lavoro descrive la costruzione e la validazione di una lista di eventi potenzialmente psicotraumato-geni, la LIMIT (List of Migration Traumas), con lo scopo di verificare quali esperienze correlino più frequentemente con i sintomi di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). L'identificazione di tali esperienze può essere un modo valido e sensibile per cogliere il disagio nascosto e predisporre interventi di tutela. Un secondo obiettivo è quello di arrivare, identificando gli eventi maggiormente correlati alla psicopatologia traumatica, a una versione ridotta della LIMIT facilmente somministrabile che ne consenta l'utilizzo anche come strumento di screening.

Metodi

È stata redatta una lista autosomministrabile di 60 eventi potenzialmente traumatizzanti che si associano all'esperienza migratoria. Si tratta degli item del RTEI (Refugees Trauma Experience Inventory), integrati con quelli del HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) e del PMLD (Post Migration Living Difficulties) e di altri suggeriti da un campione di migranti durante due focus group appositamente organizzati. Per ogni item l'intervistato doveva dire se l'esperienza descritta gli era capitata e l'aveva vissuta come evento grave o stressante. Se sì, doveva indicare dove gli era accaduta: prima di partire dal suo Paese, durante il viaggio, in Italia o anche in più posti. Il testo originale della LIMIT, in inglese, è stato tradotto in italiano, francese, spagnolo e cinese con il metodo della traduzione e back-translation. Le lingue sono state scelte tramite l'analisi delle nazionalità che hanno registrato il maggior numero di accessi al Poliambulatorio per stranieri della Caritas di Roma (dove si è svolta la raccolta dei dati) nei cinque mesi precedenti alla ricerca, stimando che fossero le più conosciute (essendo verosimilmente parlate complessivamente da oltre il 50% del totale dei pazienti). Ad esse si è aggiunto l'italiano. La somministrazione dei questionari si è svolta dal 22 febbraio al 6 luglio 2012 durante gli orari di apertura del Poliambulatorio, con pazienti maggiorenni arruolati in modo casuale, avendo cura di coprire diverse fasce orarie e diversi giorni della settimana. Al termine della compilazione del questionario ogni paziente è stato invitato a tornare a una distanza compresa tra 2 e 3 settimane per ripetere la prova (re-testing).

Risultati

Il campione è stato di 193 pazienti, 90 donne e 103 uomini, di 50 nazionalità. Di questi, 112 hanno compilato il questionario in italiano, 25 in francese, 23 in inglese, 18 in cinese e 15 in spagnolo. 56 pazienti sono tornati per compilare il questionario una seconda volta. L'analisi statistica dei dati è attualmente in corso.

Conclusioni

La numerosità dei dati raccolti, l'impianto del disegno di ricerca e le prime proiezioni statistiche sembrano suggerire che sia possibile arrivare, attraverso l'analisi dei dati, a ridurre notevolmente l'attuale versione del LIMIT, in modo da ottenere uno strumento facilmente somministrabile, utile per acquisire informazioni riguardo alle esperienze migratorie e individuare i pazienti che possano necessitare di un eventuale trattamento per il PTSD.

Contatto: *Massimiliano Aragona (massimiliano.aragona@uniroma1.it)*

La relazione come strumento di cura (P)

CIAMBELLINI S.

Area sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

L'obiettivo di questo contributo è evidenziare l'importanza della relazione di cura come fattore di riabilitazione per le vittime di violenza. Il lavoro si basa sull'esperienza del servizio "Ferite Invisibili" dell'Area sanitaria Caritas di Roma, specializzato nell'assistenza psicoterapeutica e psichiatrica alle vittime di tortura e violenza intenzionale. Uno degli effetti della violenza è di danneggiare la capacità di stare in relazione: le vittime, traumatizzate, tendono a temere gli altri esseri umani come potenziali nuove fonti di sofferenza; questa situazione, com'è intuibile, ostacola i processi di integrazione sociale nel Paese d'asilo. Per questi pazienti diventa fondamentale fare esperienze relazionali riabilitative, in cui sperimentarsi con gli altri in modo sicuro. La relazione psicoterapeutica si prefigge innanzitutto di creare un ambiente protetto, in cui il paziente possa in primo luogo diventare consapevole delle proprie emozioni e successivamente, condividendole con il terapeuta, ricostruire la sua capacità di stare in relazione con fiducia. In questi pazienti si osserva un'ambivalenza relazionale: da un lato possono avere un atteggiamento ostile o evitante per proteggersi da una vicinanza emotiva che percepiscono come pericolosa, dall'altro mandano segnali del loro desiderio di fidarsi per essere aiutati a guarire. Gli operatori sanitari, anche non psicoterapeuti, possono giocare un ruolo decisivo se, consapevoli di queste dinamiche, sanno farvi fronte in modo adeguato. È utile che il terapeuta riconosca i propri vissuti emotivi (rabbia, irritazione, frustrazione, timore eccetera) e sappia capire che si tratta di reazioni normali ai sintomi del paziente.

Metodi

Descrizione di un caso clinico: Hassan, 17 anni, è arrivato al nostro servizio presentando aspetti depressivi e sintomi del Disturbo Post-Traumatico da Stress in conseguenza di gravi eventi traumatici vissuti in Afghanistan. L'attenzione, nella relazione, alle emozioni provate con lui (tenerezza, paura) ha permesso di evidenziare due aspetti del paziente: quello sano, che voleva fidarsi per essere aiutato, e quello che avvertivo come minaccioso ("non mi fido di nessuno, sono pericoloso, non ti avvicinare"). Parallelamente la relazione di accoglienza, protezione e contenimento ha permesso ad Hassan di riconoscere ed elaborare le sue emozioni, determinando l'uscita dall'isolamento e l'inizio della guarigione.

Risultati

Hassan ha superato la sintomatologia e riattivato le sue risorse; si è focalizzato sul presente, ha imparato l'italiano e costruito il suo progetto migratorio. Dopo aver ottenuto l'asilo politico, ha trovato un lavoro a tempo indeterminato, una casa in affitto, ha una compagna ed è andato a trovare la sorella in Pakistan. Il suo obiettivo futuro è quello di portarla in Italia per occuparsi di lei e ricomporre il nucleo familiare rimasto.

Conclusioni

La descrizione del caso ha consentito di evidenziare l'importanza della relazione per la cura psicoterapeutica, creando le condizioni perché il paziente possa nuovamente sviluppare la sua capacità di costruire relazioni sane, basate sulla fiducia reciproca. Voglio però sottolineare come strategie relazionali analoghe siano utili in ogni professione d'aiuto: medici, infermieri, assistenti sociali, consulenti legali eccetera, perché ogni relazione che si basi sui principi dell'accoglienza, della trasparenza e della lealtà contribuisce a giocare, con questi pazienti, un ruolo curativo essenziale.

Contatto: *Simona Ciambellini* (ciambellini.s@libero.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Collage di favole (P)

INFANTE A., LORIA M.R., VISCONTI G.
Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata Roma

Obiettivi

Il progetto nasce dal desiderio di volere fornire, agli operatori dell'Accoglienza, un'occasione di arricchimento culturale e interculturale per conservare un contatto con le proprie tradizioni e per incontrare quelle dell'altro attraverso l'uso della favola. Le favole si prestano a questo incontro per la loro capacità di legare storie e culture diverse, pur essendo un genere letterario universale. La favola si presta, inoltre, a essere scomposta, modificata e ricostruita come un collage. Ogni persona, a qualsiasi cultura essa appartenga, ha bisogno della sua favola, che lo lega al passato e che crea un ponte per il futuro. La favola è un terreno di incontro dove non esistono regole e ostacoli di alcun genere, dove tutto è possibile... a patto, però, che si possa sempre dire "e tutti vissero felici e contenti". La favola ci aiuta anche a creare un orizzonte comune che favorisce l'affermazione di valori come la tolleranza e il vivere insieme, partendo da storie differenti in modo che persone diverse per esperienze culturali scoprano di avere in comune gli stessi valori. L'obiettivo auspicabile è un buon modo di comunicare usando la differenza come ricchezza.

Metodi

Si sono scelte favole provenienti da culture e aree geografiche differenti. Nell'evento formativo si è scelto di leggere in plenaria le favole e poi di costituire dei gruppi di lavoro. Le favole sono state divise in varie fasi della loro struttura, narrativa e visiva, e mischiate tra loro. Gli operatori dell'Accoglienza dovranno, poi, scegliere e combinare le fasi smembrate, attraverso l'uso della tecnica del collage dando origine a una nuova favola. Infine, si dovrà valorizzare il manufatto con un nuovo titolo.

Risultati

Alla fine del percorso formativo ci si aspetta che si evidenzi un desiderio di creare qualcosa di nuovo e originale, mantenendo elementi della tradizione e mischiando tra loro differenti culture. Le favole saranno sicuramente stravaganti, ma piene di umanità. Le proprie esperienze potrebbero essere riconosciute e trasferite sui personaggi, sui luoghi, sui tempi, ricevendo in dono visibilità e possibilità di confronto. La favola non nega l'esistenza della paura del diverso, della sofferenza e del male, ma dà loro un contorno, li definisce, indicando nuovi modi per affrontare il futuro con successo. Riconoscere di avere limiti e confini ci mette in una posizione di uguaglianza con chi ha altri limiti e altri confini. Si sta valutando, anche, la possibilità che i risultati siano oggetto di pubblicazione.

Conclusioni

Il laboratorio artistico, esperienziale, riflessivo potrà essere un autentico momento di incontro per gli operatori dell'Accoglienza. Essi hanno, infatti, in comune il bisogno di essere unico nell'essere Altro. Inoltre, il laboratorio sarà un modo ludico per riflettere su come si possono trovare possibilità di creare relazioni e punti di incontro, anche con chi crediamo essere totalmente diverso da noi.

Contatto: Angela Infante (angela.infante@ptvonline.it)

La cura dei migranti tra geografie interrotte e frammenti di mappe identitarie (P)

BEVOLO P., LATROFA M., WONG O., RAMTHOUL T., FORNACIARI R.

Centro Salute Famiglia Straniera – AUSL Reggio Emilia

Obiettivi

Costruire gradualmente uno spazio di riflessione e di risposta alle tematiche affettive e psico-relazionali all'interno di un centro dedicato alla cura dei pazienti migranti irregolari (Centro Salute Famiglia Straniera di Reggio Emilia – CSFS).

Metodi

Il percorso migratorio dei pazienti del CSFS è caratterizzato dalla estrema frammentarietà e precarietà del viaggio e delle condizioni di assestamento nel Paese di accoglienza. Si tratta di percorsi caratterizzati da geografie interrotte che producono inevitabilmente una fragilizzazione importante delle mappe identitarie interne e una difficoltà a ricostruire e a riconoscere la propria struttura di persone. La presenza settimanale di una psicologa all'interno del CSFS, dopo un iniziale periodo di osservazione del contesto, disponibile alle richieste di operatori e pazienti, ha rappresentato nell'arco dell'ultimo anno (2011) un'occasione di riflessione e avvicinamento più approfondito sulle vicissitudini esistenziali dei pazienti. Ciò ha permesso una sperimentazione e una graduale messa a punto di strategie operative articolate su più livelli di intervento (cura fisica, cura emotiva, costruzione di percorso con le mediatrici, discussione nel gruppo-curante delle situazioni critiche, investimento del contesto sociale esterno).

Risultati

Lo scopo dell'intervento era quello di rendere sempre più efficace l'intervento degli operatori, riuscendo a comprendere e a ricomporre, pur sempre in modo frammentato, parti più rilevanti del percorso di viaggio, di vita e di elaborazione delle vicende esistenziali dei pazienti. In un'ottica di integrazione operativa è stato possibile agli operatori avvicinarsi meglio ai bisogni dei pazienti e ai pazienti affidarsi gradualmente, in modo più autentico e poter esprimere le richieste di cura in modo più diretto e appropriato. L'esperienza dell'ultimo periodo suggerisce un'evoluzione positiva del gruppo di lavoro ed una maggiore riconoscibilità della figura dello psicologo e della sua funzione da parte di pazienti e operatori.

Conclusioni

Il percorso fin qui fatto ci induce a lavorare per consolidare e ampliare lo spazio avviato, proponendo la strategia di lavoro integrata ad un numero maggiore di pazienti ed arrivando quindi a conoscere sempre meglio le loro storie, le loro vulnerabilità e le loro necessità psico-relazionali.

Contatto: Piera Bevolo (Bevolop@ausl.re.it)

Le parole dell'altrove: salute, migrazione, narrazione (P)

GRECO M.M.

Policlinico Tor Vergata – Roma

Obiettivi

Nell'ambito del progetto della Regione Lazio "Migrazione e Salute", il Policlinico Tor Vergata ha pianificato e sviluppato un percorso formativo complesso, rivolto alla promozione e al supporto delle competenze necessarie per assicurare una gestione appropriata della salute della popolazione migrante. Tra le metodologie educative scelte, l'approccio narrativo-autobiografico è stato utilizzato per la creazione di un modulo formativo specifico, che viene descritto in questo lavoro.

Metodi

La metodologia narrativa-autobiografica si rifà ad un'ampia cornice teorica che va sotto il nome di Narrative Medicine (o Narrative Based Care, in maniera più estensiva) e che trova con la Metodologia Autobiografica il suo intreccio in pratiche educative italiane già consolidate. I partecipanti vengono coinvolti in attività di scrittura, riflessiva e/o episodica, al fine di raccontare e raccontarsi le proprie esperienze professionali, per farne materia di riflessione, di ri-significazione dell'esperienza, e di revisione del proprio comportamento professionale.

Risultati

È stato progettato e sperimentato un modulo pilota, sviluppato come atelier autobiografico professionale, che prevede brevi momenti di lezione frontale sul tema "salute e migrazione"; scritture individuali di esperienze di cura con persone migranti; la lettura e condivisione in piccolo gruppo; la discussione in plenaria. I partecipanti sono invitati, ma non obbligati, a lasciare il proprio scritto, su cui si possono a posteriori attivare alcuni strumenti di analisi narrativa (del registro, della forma, del contenuto) che possono costituire una base interessante di riflessione sugli eventi e le occasioni di incontro con la persona migrante nei luoghi della cura, le attitudini cognitive ed emozionali del personale sanitario, le competenze attese. Anche la metodologia educativa stessa può essere oggetto di un riesame, circa la sua efficacia nel determinare una trasformazione nelle conoscenze, volontà e capacità del personale sanitario.

Conclusioni

La dimensione narrativa dell'esperienza di cura (dal prendersi cura al curare) è ormai riconosciuta come ineludibile, al fine di assicurare un "essere con" la persona in stato di bisogno che riconosca reciprocamente l'umanità all'interno delle differenze individuali. Il raccontare e il raccontarsi rappresentano due attività che aiutano l'individuo a rimettere in discussione i propri pre-giudizi, pre-concetti e pre-atteggiamenti nei confronti dell'esperienza altrui e attivano un percorso personale e collettivo di apprendimento continuo.

Contatto: Massimo M. Greco (massimo.greco@ptvonline.it)

Il rapporto medico-paziente in una prospettiva antropologica dell'incontro (P)

PACERA G.C.*, DI PAOLA P.D.^\

* Unità operativa semplice di medicina delle migrazioni dell'AOU Policlinico di Palermo, Università di Bologna
^\ Dipartimento di Discipline Storiche, Antropologiche e Geografiche, Università degli Studi di Palermo – Dipartimento di Psicologia, Dottorato "Pubbliche in Pubbliche Relazioni", Université de Strasbourg – Laboratoire "Cultures et Société en Europe"

Obiettivi

Lo studio si colloca all'interno dell'orizzonte teorico dell'antropologia medica, che nell'attuale scenario multiculturalista ha visto imporsi lo spazio della cura come privilegiato campo di analisi in cui tentare di rispondere ad alcuni interrogativi: qual è il senso del male? E quale l'uso sociale della malattia? Dove originano i poteri della cura? Cosa succede all'individuo, ai gruppi o a un'intera popolazione, provenienti da un contesto culturale diverso dal nostro, quando precipitano in situazioni di disagio mentale? La presenza dell'immigrato nei luoghi della cura ha aperto uno spazio di divaricazione antropologica in cui diventa possibile ripensare l'incontro medico/paziente immigrato come ad una performance che mette in scena due differenti costruzioni culturali della realtà clinica, la cui reciproca incomprensione è spesso causa della non-compliance tra gli attori e dunque dell'inefficacia terapeutica. Collegare l'evento malattia all'interno del più ampio quadro delle concezioni e rappresentazioni culturali di riferimento dei pazienti, e dei fattori fisiologici, ecologici, economici, politici e sociali che interagirebbero in un rapporto di causalità nella loro salute è penetrare in quello spazio di ambiguità che le differenze culturali e linguistiche, di ruoli, motivazioni, strategie e responsabilità evocano, nel tentativo di colmare quel gap che spesso si crea nello spazio clinico con pazienti immigrati.

Metodi

Lo studio (realizzato all'interno del servizio di medicina delle migrazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo) comporta l'adozione di strumenti metodologici vicini a quelli dell'indagine sul campo di stampo etnografico, e metodologie di lettura capaci di interagire con i contesti volti all'analisi delle dinamiche culturali negli accadimenti clinici. Un'etnografia dell'esperienza, che pone al centro dell'attenzione il racconto individuale di malattia, e consente di ricostruire una fenomenologia dell'incontro con la soggettività singola, non generalizzabile, unica, inconfondibile e irripetibile. Una collaborazione interdisciplinare attraverso l'interazione di competenze disciplinari differenziate (antropologiche, mediche, psicologiche, etnopsichiatriche, linguistiche) all'interno di un'équipe che interrogandosi su come si concretizza il rapporto tra il migrante, la presenza o l'assenza di salute o di malattia e l'istituzione medica, possa individuare indicatori di rischio e di situazioni conflittuali.

Risultati

Attraverso un'antropologia dell'embodiment cogliere quei segni e simboli formati nell'interfaccia tra inconscio e conscio, denaturalizzare, e demistificare quei significati che operano nel nostro sistema medico come limiti impliciti dell'esplicito, quell'ordine che partecipa della sfera della coscienza fissando i limiti di cosa appare come razionale, ragionevole, credibile, e quindi dicibile e pensabile, nell'ambito dei vocabolari datici.

Conclusioni

Questa via apre la strada a nuove possibilità di intervento clinico. In un'ottica di rilancio del dialogo fra antropologia, psicologia e biomedicina, all'interno di un'équipe multidisciplinare ci si deve attrezzare per operare un'antropologia del sottosuolo, di ciò che non si vede, con strumenti di mediazione terapeutica e comunicativa che consentano di scavare all'interno del mondo esperienziale del paziente, nel contesto d'origine ma anche in quello d'approdo, esplorando quei meccanismi e quelle dinamiche che hanno profonde ripercussioni sulla vita delle persone in termini di malattia e di disagio psicologico e fisico.

Contatto: Giuseppa Clara Pacera (clara.pacera@gmail.com)

Aspetti psico-sociali ed antropologici della salute dei migranti all'interno di un centro d'accoglienza. L'esperienza di Best house (C)

GIANNUZZI V., DAMATO D.

Inopera Società Cooperativa Sociale

Obiettivi

L'obiettivo del presente contributo è quello di fornire una panoramica generale sul lavoro svolto all'interno del Centro d'accoglienza per Minori Stranieri Non Accompagnati (MNSA) "Best House", il quale nasce in risposta all'esigenza di collocare quelle migliaia di migranti inseriti all'interno della cosiddetta *Emergenza Nord-Africa*, focalizzandosi in particolare nell'intervento con gli ospiti, la rete stabilita con il territorio e la risposta ai bisogni legali, socio-assistenziali, sanitari e psicologici, oltre ad evidenziare possibilità di sviluppo e criticità nell'intervento con la popolazione migrante.

Metodi

Verrà adottata una metodologia di reperimento dati dall'osservazione e dall'esperienza diretta con l'ausilio di colloqui, approfondimenti e interviste sia con gli operatori che con gli ospiti del centro d'accoglienza. Verranno altresì utilizzati i dati prodotti dal centro d'accoglienza per l'identificazione, la classificazione e il processo di intervento con l'utenza. I dati già esistenti saranno quindi integrati ad un reperimento ex-novo, supportati dalla letteratura esistente sul tema.

Risultati

Diffusione e condivisione della conoscenza delle pratiche utilizzate e del fenomeno dell'Emergenza Nord-Africa attraverso l'esposizione dei seguenti punti:

Principali patologie riscontrate, i disturbi psicosomatici o somatoformi.

Rapporto dell'utenza con la medicina occidentale e i percorsi di cura.

Analisi della principale differenziazione all'interno del centro d'accoglienza sopracitato tra migranti forzati ed economici e le conseguenti differenziazioni a livello sanitario e di benessere psicofisico.

Messa in evidenza di percorsi di integrazione, casi degni di nota, limiti e margini di sviluppo dell'intervento con l'utenza.

Conclusioni

Nel corso dei mesi si sono succeduti molti utenti, che hanno portato con sé necessità, patologie e richieste speciali dovute spesso ai diversi contesti socio-culturali di provenienza e portatori di paradigmi completamente differenti da quelli dei Paesi ospitanti. Parliamo infatti di migranti prevalentemente provenienti dall'Africa Occidentale, nello specifico Mali, Costa d'Avorio, Guinea Conakri e dal Bangladesh. Si sono così trovate a convivere in uno spazio condiviso persone molto diverse tra loro, sia per caratteristiche culturali, che per progetti migratori.

Si affronta il concetto di benessere dell'utenza in modo integrato partendo dal concetto di salute definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che non si limiti cioè ad una visione strettamente biologica dell'essere umano ma che contempli altri aspetti costituenti la persona. In conclusione, alla luce di queste riflessioni, si vuole evidenziare come i differenti progetti migratori (sia che siano legati alla decisione spontanea di partire, sia che siano riconducibili a cause esterne come guerre, persecuzioni, violenze di vario tipo) incidano profondamente sulla salute psico-fisica dei migranti e di come non si possa fare a meno di ripensare al ruolo delle istituzioni nel trovare le risposte adeguate a queste problematiche ampliando la rete dei servizi socio-sanitari che si occupano della salute psichica del migrante in un'ottica interculturale e quindi attenta alle diversità.

Contatto: Valeria Giannuzzi (valeria.giannuzzi@gmail.com)

Salutogenesi ed emergenza umanitaria nel Campo di Accoglienza Richiedenti Asilo di Mineo (CT) (C)

ANDRISSI L.*[^], MOTTINI G.*

*Università Campus BioMedico, Roma; [^]Medico volontario CRI

Obiettivi

Lo studio ha lo scopo di rilevare il livello di Sense of Coherence (definito, nell'ambito della teoria della Salutogenesi, come un orientamento globale che esprime il grado di un pervasivo, durevole, sebbene dinamico, sentimento di fiducia), degli ospiti presenti nel Centro Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA) di Mineo (CT) nel mese di agosto 2011 durante l'Emergenza Umanitaria Nord-Africa 2011 e di valutarlo alla luce delle diverse provenienze e delle difficili condizioni psicologiche affinché, comprendendo l'origine dei problemi di salute si possano individuare le azioni di promozione della salute capaci di ricondurli a un stato di equilibrio necessario per un corretto processo di integrazione nei Paesi di accoglienza e capace di salvaguardare il "capitale salute".

Metodi

È stato somministrato il questionario SOC (13 items) ad un campione di 76 casi rappresentativi della popolazione maschile del CARA. Le differenze di sesso, età, titolo di studio, area di residenza, sono state analizzate mediante test t-Student per singole variabili ed analisi di regressione lineare. Il campione è stato suddiviso in due gruppi, uno asiatico (Afghanistan, Pakistan, Iraq) di 24 casi e uno africano (Tunisia, Burkina Faso, Togo, Niger, Senegal, Costa D'Avorio, Mauritania, Ghana, Mali) di 54 casi che è stato ulteriormente diviso in Tunisia (22) ed il resto dell'Africa (32).

Risultati

Da un'analisi generale è evidente il basso valore complessivo di SOC (47,5) a confronto con la letteratura, dove in Europa, USA, Nuova Zelanda, Israele la media nella popolazione generale è di 68,7 con un minimo di 50 e un massimo di 77 ma scende a 45 in uno studio finlandese sui disoccupati con disabilità. Si può notare come l'Africa presenti un valore più basso (46,0), soprattutto nella componente dell'Africa sub-sahariana (43,5) rispetto al gruppo asiatico (49,1). L'analisi di regressione lineare ci mostra che esiste una correlazione ($p=0,0002$; $r^2=0,12$) tra i soggetti con un livello di istruzione medio/superiore e livelli più alti di SOC nei due gruppi, non è correlato invece alla residenza in area urbana/rurale ($p=0,63$; $r^2=0,00$), né all'età ($p=0,71$; $r^2=0,00$). Risulta evidente come solo la maggior scolarizzazione concorra all'aumento del livello di SOC anche in queste popolazioni.

Conclusioni

Indagando le tre componenti del SOC, per capire dove fosse l'origine di questi bassi punteggi, si può vedere che è da ricercare soprattutto nella significatività. La significatività, componente motivazionale, misura il livello in cui i soggetti percepiscono la vita come dotata di senso ed i problemi che comporta come meritevoli di investimento e di impegno. Livelli così bassi lasciano supporre che, in questi soggetti, la percezione del mondo come significativo e la conseguente motivazione ad agire passino innanzitutto attraverso un'attribuzione di senso alle attività legate maggiormente al quotidiano, piuttosto che tradursi in un generale senso della vita, che richiede la capacità di astrazione dalla realtà oggettiva. Poiché il punteggio medio di SOC raggiunto dagli immigrati di origine africana non si discosta ($p>0,05$) da quello degli asiatici, di origini e culture nettamente diverse, è da attribuire in buona parte alla situazione di stress e disagio che hanno caratterizzato le loro vite, facendo passare in secondo piano gli altri fattori considerati.

Contatto: Laura Andrissi (lauraandrissi@tiscali.it)

Percorso di promozione della salute in un centro per richiedenti asilo e rifugiati a Reggio Emilia (C)

MOZZANICA S., BAZZOLI A., MANGHI M., CASONI C., SINGH I., NAAEMEKA N.

Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro e Centro per la Salute della Famiglia Straniera dell'AUSL Reggio Emilia

Obiettivi

Nel nostro territorio sono presenti oltre 200 persone straniere che, fuggite dalla Libia a causa della guerra, sono state accolte nei vari comuni. La città capoluogo, Reggio Emilia, ospita 63 migranti di cui 49 in una struttura utilizzata anni fa come alloggio degli operai del cantiere "TAV". L'organizzazione generale del campo fa capo alla locale sezione della Protezione Civile, mentre la gestione quotidiana dei profughi è stata assegnata ad una cooperativa sociale di servizi (Dimora D'Abramo). L'Azienda sanitaria locale, oltre alle attività di controllo sanitario nella prima accoglienza e di continua sorveglianza sindromica, ha progettato insieme alla cooperativa incontri per promuovere conoscenze e comportamenti idonei a migliorare le condizioni igieniche, personali e di collettività, per informare sui percorsi ed il corretto uso dei servizi, per promuovere conoscenze in materia di sicurezza sul lavoro allo scopo di aumentare il loro benessere e l'integrazione nel territorio. Gli obiettivi sono quindi Co-progettare e Co-gestire momenti educativi per gli ospiti del TAV-Village con la Cooperativa Dimora D'Abramo ed altre reti sociali: scuole di italiano, polizia municipale, diverse associazioni per promuovere l'empowerment e favorire l'integrazione.

Metodi

Incontri sul concetto di salute, norme di igiene in collettività ed utilizzo del SSN ai 3 gruppi di stranieri presenti provenienti da Niger, Mali, Bangladesh (con mediatore culturale). Nella prospettiva di un eventuale inserimento lavorativo, momento formativo su norme di igiene e sicurezza sul lavoro (Corso base D.Lgs 81/08) con rilascio di attestato. Scuola di italiano, nel periodo estivo con le associazioni Filef, Passaparola e CEIS, da settembre con i CPT. Corso sicurezza stradale tenuto dalla Polizia Municipale. Momenti ludici organizzati dalle Associazioni Città Migrante e GA3: welcome party e torneo di calcio.

Risultati

Tutti i ragazzi hanno partecipato attivamente a tutte le iniziative.

Conclusioni

Gli incontri hanno permesso ai ragazzi di fruire dei servizi sanitari (MMG) con maggiore fiducia e discreta autonomia. Nel tempo ha funzionato la rete di integrazione con le diverse iniziative che hanno attutito il disagio creato dall'incertezza sulla loro condizione. La stesura di un curriculum lavorativo personale effettuato dagli operatori della Cooperativa ha incentivato interesse e partecipazione al corso sulla sicurezza sul lavoro. Resta viva la preoccupazione per il futuro e la speranza che si giunga al più presto ad una soluzione politica che conceda un permesso di soggiorno.

Contatto: Stefania Mozzanica (mozzanicas@ausl.re.it)

Assistenza Sanitaria agli immigrati giunti in Italia in seguito all'emergenza Nord-Africa nella Provincia di Parma (P)

FERRANTE S.*, CHOROMA F.*, BERGHENTI F.*, BORRINI B.M.^o, FLORIS E[^]

*Dipartimento Cure Primarie distretto di Parma Azienda USL Parma; ^oServizio Igiene e Sanità pubblica AUSL Parma; [^]Assessorato servizi sociale Provincia di Parma

Obiettivi

Nel febbraio del 2011 il tavolo provinciale operativo di accoglienza per i rifugiati del Nord Africa, composto dai comuni della provincia ed altre istituzioni tra cui l'Azienda USL di Parma, ha deciso per un'accoglienza per piccole concentrazioni e ha predisposto un patto di accoglienza che consiste in un'offerta di servizi di base, orientamento, assistenza legale, mediazione culturale nonché accompagnamento ai servizi, accessi ai corsi di alfabetizzazione ed interventi di integrazione sociale. Il compito dell'Azienda USL era quello di garantire un'adeguata assistenza sanitaria agli immigrati attraverso la sorveglianza sindromica, a tutela dell'individuo e della collettività come da indicazione del protocollo operativo del Ministero della salute e del circolare della regione.

Metodi

Lo scopo di questa osservazione è di valutare retrospettivamente l'efficacia di questa accoglienza dal punto di vista sanitario. È stata inoltre valutato il profilo di salute complessivo dei rifugiati, tenendo conto anche delle patologie non contemplate nel protocollo operativo. A tutti i soggetti giunti presso lo Spazio salute Immigrati è stata effettuata una prima visita completa e, previo consenso, esami di screening (HBV, HCV, HIV e Lue) e test Mantoux.

Risultati

Dall'Aprile 2011 al 31 Dicembre 2011 abbiamo visitato 178 rifugiati (l'87.6% uomini, Età Media 27 anni) che rappresentano il 97.8% di tutte le persone accolte in Provincia di Parma. Dei pazienti osservati, solo 2 presentavano una patologia contemplata dai criteri della sorveglianza sindromica (scabbia). 118 soggetti (66.2%) hanno accettato di sottoporsi ai test di screening delle principali malattie infettive, evidenziando 11 casi di HBSAg positivi (9.3%), 2 casi di HCV-Ab pos. (1.6%), 1 caso di sifilide latente (0.8%) e nessun caso di HIV. 89 soggetti (75.4%) risultavano esenti da patologie e suscettibili e quindi inviati alla vaccinazione per HBV. Il 78.6% della casistica (140 soggetti) ha accettato di sottoporsi ad intradermoreazione secondo Mantoux con lettura a 72 ore; di questi 52 (37.1%) sono risultati positivi al test. Sono, inoltre, emersi esiti (fisici e psichici) di violenza estrema/tortura avvenute nel paese di origine o nelle carceri dei paesi del Nord-Africa in 29 soggetti (16.2%). Inoltre sono stati riscontrati 11 casi (6.1%) di valvulopatia di cui 1 sottoposto ad intervento di sostituzione valvolare, 2 gravidanze, 3 cardiopatie ipertensive (1.6%) e 3 casi (1.6%) di severe patologie psichiatriche che hanno richiesto ricovero e/o presa in carico dai servizi psichiatrici territoriali.

Conclusioni

La tempestività e il coinvolgimento sin dalle prime fasi della Azienda USL hanno permesso di organizzare un'assistenza sanitaria adeguata, limitando così le eventuali patologie di degrado. Questa organizzazione ha permesso inoltre l'emersione di situazioni di vulnerabilità non contemplate nel protocollo ministeriale. Colpisce infine da un lato la prevalenza di soggetti vittime di tortura, confermando le osservazioni che segnalano frequenti riscontri di vittime di tortura tra i rifugiati e per le quali l'assistenza sanitaria si presenta complessa e dall'altro lato la discreta frequenza di patologie non infettive tra cui le cardiopatie congenite in soggetti giovani.

Contatto: Faissal Choroma (fchoroma@ausl.pr.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Il trauma passato, recente e attuale dei migranti forzati: riflessioni sulle fasi di rinascita delle vittime di trattamenti disumani e degradanti (P)

SANTONE G.*, D'AGOSTINO L.°

*Azienda USL Roma A – SAMIFO; °Centro Astalli – SAMIFO

Obiettivi

Il disagio psichico dei migranti forzati deriva dalle violenze subite nel Paese d'origine o durante il percorso migratorio; produce una complessa reazione sintomatologica, insicurezza e diffidenza. Inoltre la situazione di incontro-confronto-scontro tra differenti riferimenti culturali sottopone la vittima ad un ripetuto e continuo sforzo per ridefinire gli schemi cognitivi, valutativi e comportamentali acquisiti precedentemente. L'assenza di alloggio e la mancanza di una tempestiva presa in carico favoriscono percorsi di male/malessere/malattia su quelli di bene/benessere/salute. Le principali manifestazioni cliniche (disturbi dell'umore, post traumatici e dissociativi) possono prescindere dalla temporalità del trauma. Il dolore e lo stress che la tortura determina a livello psichico possono essere più distruttivi e disabilitanti delle conseguenze fisiche. Qualsiasi comportamento o azione mirati a ridurre il dolore e lo stress, a ricostruire la fiducia nell'essere umano, a ridare dignità e speranza alle vittime rappresentano "atti terapeutici". Oltre agli interventi specifici sulla salute fisica e mentale riteniamo che siano altrettanto indispensabili gli interventi in ambito sociale, economico, legale e relazionale.

Metodi

Schematicamente la nostra pratica clinica si avvale in genere di un percorso scandito da tre fasi: 1) comprensione e superamento dei sintomi maggiormente invalidanti: disturbi del sonno, condotte di evitamento, sintomi somatici e dissociativi; 2) lavoro sulle memorie traumatiche: ricostruzione dettagliata, attraverso l'esposizione condivisa e graduale, degli eventi traumatici; questa fase mette la vittima in condizione di elaborare il vissuto, integrarlo costruttivamente nella propria identità; può avere una funzione preparatoria per l'audizione; 3) ricostruzione dei legami: migliorare le capacità relazionali, accedere a nuove esperienze interpersonali. La base di questo percorso è la costruzione di una solida alleanza terapeutica che si sviluppa attraverso un graduale cammino di conoscenza e fiducia reciproci. Particolare attenzione viene posta ai tempi e ritmi del colloquio. È essenziale garantire una piena libertà di espressione non soltanto rispetto ai contenuti, ma anche alla forma. Durante i colloqui possono verificarsi reazioni emotive intense e dolorose quali pianto, disperazione, fenomeni dissociativi. La selezione del personale, la formazione, la prevenzione delle malattie correlate con lo stress lavorativo devono essere obiettivi basilari dei "trauma center". Il mediatore linguistico culturale rappresenta il fondamentale anello di congiunzione nei percorsi di cura. È anche un operatore qualificato, che conosce la lingua e la realtà dei Paesi di provenienza e accoglienza.

Risultati

La terapia con le vittime di tortura non deve seguire schemi rigidi; le fasi possono essere definibili, ma non definite, modulabili anche in base ai bisogni individuali della vittima e del terapeuta.

Conclusioni

Il percorso terapeutico è infiltrato da numerose variabili (ognuna delle quali gioca un ruolo importante) di tipo emotivo, giuridico, sociale, medico. La ricerca del miglioramento continuo professionale e passionale per il proprio lavoro deve integrare l'approccio scientifico a un problema socio-politico con una dimensione più umana e idealista: la militanza professionale, come risposta alla violazione dei diritti umani fondamentali, dove il curante sia custode delle informazioni e rispetto degli spazi relazionali e terapeutici.

Contatto: Giancarlo Santone (giancarlo.santone@aslromaa.it)

Problematiche dell'assistenza sanitaria ai richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale in Italia con particolare riferimento alla salute mentale (P)

COLOSIMO F.

Area sanitaria Caritas di Roma, DSM Azienda USL Roma C

Obiettivi

Scopo del presente lavoro è di mettere in evidenza alcuni punti critici dell'assistenza sanitaria ai titolari e richiedenti protezione internazionale.

Metodi

Vengono riportati alcuni dati tratti da rilevazioni compiute in vari centri italiani che a vario titolo si occupano dell'assistenza dei rifugiati e richiedenti asilo e considerazioni tratte dall'esperienza clinica.

Risultati

Vengono messe in evidenza carenze sia a livello di progettazione che di attuazione ed integrazione di interventi di accoglienza, in particolare la presenza di centri troppo grandi, non a misura delle esigenze dei beneficiari e particolarmente costosi; gravi carenze piuttosto diffuse sul territorio nazionale nella integrazione con i Servizi socio-sanitari; difficoltà di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per i richiedenti asilo e in particolare per i minori. In particolare vengono messe in evidenza alcune problematiche legate alla salute mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. Nella letteratura internazionale viene sottolineata l'importanza che una buona accoglienza da parte della comunità ospitante ha per la salute mentale di persone che hanno spesso subito gravi traumi intenzionali e viene rilevato che alcune difficoltà di vita nel Paese ospite possono diventare fattori ritraumatizzanti su questa popolazione. Scarso è il coinvolgimento dei Centri di Salute Mentale nella cura di queste persone. Vengono messe in evidenza le barriere al diritto alla cura, in primo luogo la carenza di servizi di mediazione linguistico-culturale e la carenza di competenze specifiche tra gli operatori.

Conclusioni

Occorre quindi sollecitare gli enti competenti ad una migliore progettazione ed integrazione degli interventi a favore dei richiedenti e titolari di protezione internazionale anche attraverso una ottimizzazione delle risorse ed è necessaria una continua azione di stimolo sui Servizi sanitari in particolare sui Dipartimenti di Salute Mentale per rendere effettivo il diritto alla salute di queste persone.

Contatto: Francesco Colosimo (colosimo.f@tiscali.it)

Biomedicina e Medicine Vitalistiche, complementarietà e conflitto. I senegalesi richiedenti asilo nella Azienda USL Roma A (P)

SERI R., LONGO E.

Azienda USL Roma A, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Obiettivi

Scopo dello studio è stato quello di analizzare dal punto di vista antropologico come i rifugiati senegalesi afferenti al Poliambulatorio Luzzatti dell'Azienda USL Roma A, sede del SaMiFo (Salute Migranti Forzati), vivano l'esperienza di cura in un ambito territoriale diverso dal proprio. Partendo dalla diversa interpretazione dei concetti di salute e di malattia propri della popolazione indagata e degli operatori sanitari deputati all'assistenza si è cercato di scoprire se vi siano motivi di conflitto e se tale conflittualità possa evolvere verso un processo di integrazione e crescita culturale reciproca.

Metodi

È stata svolta un'indagine qualitativa attraverso colloqui con i rifugiati senegalesi mediante una traccia d'intervista tesa a rilevare i modelli di cura adottati, il concetto di assistenza e di salute autoctono e quello propriamente biomedico e gli eventuali motivi di conflitto con il sistema sanitario tradizionale. I colloqui sono stati condotti con l'ausilio di un mediatore.

Risultati

Sono stati intervistati 30 rifugiati, pari al 10% della popolazione senegalese del Poliambulatorio (28 maschi e 2 femmine) con un'età media di circa 33 anni. Dallo studio delle Medicine Tradizionali si evince che il concetto di persona supera i confini della stretta individualità per diffondersi e allargarsi a quello del gruppo sociale (struttura di parentela, classe d'età, casta, villaggio). L'approccio alla biomedicina per i senegalesi è vissuto in maniera ambigua: riconoscono nelle cure della medicina occidentale una notevole efficacia terapeutica, ma non riescono a comprenderne le categorie concettuali. Il 40% continua ad affidarsi alle cure del guaritore e dei preparati erboristici, anche in Italia.

Conclusioni

Risulta necessario uno sforzo di comprensione e di creatività per aprirsi ad un mondo variegato di persone, di simboli, di significati, che daranno modo ai servizi sanitari di reinterpretare e riconsiderare il concetto di persona, salute e malattia.

Contatto: Roberta Seri (rseri65@libero.it)

Le certificazioni mediche degli esiti di torture (P)

SANTONE G.*, VOLPATTI M.°, CAMPANINI N.°, BRACCI C.^\

*Azienda USL Roma A – SAMIFO; °Centro Astalli – SAMIFO; ^Medici Contro la Tortura

Obiettivi

La relazione intende descrivere l'attività del servizio di medicina legale del Centro SAMIFO e proporre un modello di certificazione (degli esiti di trattamenti disumani e degradanti) che si delinea come un percorso multidisciplinare dentro il quale si colloca la figura del medico certificatore.

Metodi

Negli ultimi anni è aumentata l'attenzione verso il tema delle certificazioni mediche come strumento di verifica delle dichiarazioni del richiedente protezione internazionale, soprattutto in ambito giuridico, ma anche come diritto del richiedente di poter accedere a percorsi diagnostici che possano confermare la storia delle violenze subite. Può essere utilizzata in differenti sedi: Commissioni Territoriali, Tribunali, Unità Dublino, ecc. L'esperienza maturata negli anni dal SAMIFO, dotato di un'équipe interdisciplinare qualificata e specializzata, che lavora in rete e sinergia con numerosi operatori di strutture o servizi presenti nel territorio della Regione Lazio, delinea un percorso di cura che cerca di conciliare i tempi riabilitativi e le esigenze di ascolto e di cura con le scadenze imposte dagli apparati statali che hanno la competenza sulla dimensione giuridica dei nostri utenti.

Risultati

Sappiamo che le persone che hanno subito violenze estreme, non solo rifugiate, ma anche bambini abusati o donne violentate, presentano un quadro psicologico dominato dalla vergogna, dalla paura di subire nuove violenze e di non essere credute. Non sono pochi i casi in cui la tortura è emersa, nei suoi terribili particolari, dopo anni e quelli in cui le domande sugli avvenimenti passati hanno risvegliato grandi sofferenze e disturbi talora misdiagnosticati. D'altronde una vasta letteratura scientifica è concorde nell'indicare come la presa in carico di chi ha subito violenze estreme è in una prima fase orientata sul presente; solo più tardi si affronta il passato ed infine in una terza fase si lavora a un progetto per il futuro. La raccolta delle storie traumatiche da parte dei centri d'ascolto che collaborano con il nostro servizio e la certificazione medico-legale degli esiti delle violenze subite sono strumenti a volte importanti per il riconoscimento di una protezione. Possono anche costituire un fattore di rischio perché si sollecita la memoria traumatica in un momento che può non essere opportuno, o perché il rifugiato etichettato come "vittima" può essere orientato verso un percorso di assistenza e non di progressiva autonomia. Fondamentale è quindi inquadrare la pratica della certificazione all'interno di un percorso complesso di accoglienza e cura. Il centro SAMIFO negli ultimi 5 anni ha prodotto oltre 1000 certificazioni medico-legali e centinaia di certificazioni psichiatriche. Tale dato, rispetto al numero complessivo dei Richiedenti Protezione Internazionale iscritti al servizio, è in linea con quelli internazionali sulla percentuale di vittime di torture tra i migranti forzati.

Conclusioni

Si propone una riflessione condivisa capace di inquadrare l'elemento della certificazione medico-legale e psichiatrica all'interno di un modello complesso e integrato di presa in carico dei Richiedenti Protezione Internazionale, vittime di persecuzioni e torture. Si ritiene che la certificazione per essere credibile deve attenersi alla rigore scientifico e giuridico, raccogliere tutti gli indizi possibili (storia, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ecc.) e solo alla fine produrre e sottoscrivere la perizia.

Contatto: Giancarlo Santone (giancarlo.santone@aslromaa.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La salute dei migranti forzati: un percorso ad ostacoli (P)

BENEDETTI P., SANTONE G., BACIGALUPI M., BRACCI C., GUARINO B., GERACI S., CASAGRANDE S., GADDINI A., MARCECA M., GNOLFO F.

Comitato scientifico Centro SAMIFO, Salute Migranti Forzati. Azienda USL Roma A e Centro Astalli Onlus

Obiettivi

L'accessibilità e la fruibilità del diritto all'assistenza sanitaria da parte dei richiedenti Protezione Internazionale, regolarmente presenti sul territorio italiano, portatori di fragilità e problematiche gravi e complesse, rappresentano questioni chiave per la programmazione dei servizi loro dedicati. La presenza di barriere che ostacolano l'accesso e la continuità dei percorsi di tutela socio-sanitari e più in generale assistenziali stimola una riflessione sulla possibilità di adottare nuovi strumenti e nuove prospettive per il futuro. In particolare l'impatto determinante che la burocrazia può avere sulla concreta presa in carico dei richiedenti asilo e dei rifugiati da parte del medico di Medicina Generale impone una riflessione critica del modello attualmente in essere.

Metodi

La riflessione è frutto dell'esperienza maturata negli anni dal Samifo – Centro di Salute Migranti Forzati – strategicamente collocato presso il I Distretto della Usl Roma A, dove si osserva la più alta concentrazione nazionale di migranti forzati (oltre diecimila residenti, censimento ISTAT 2011). Il lavoro di assistenza e cura si integra con l'azione della promozione di nuove politiche sanitarie insieme alla rete delle associazioni del privato sociale e dei servizi pubblici, presenti nel GrIS Lazio.

Risultati

La condizione di residenza, elemento di carattere amministrativo-burocratico da cui dipendono i criteri di accessibilità ai servizi sanitari e sociali competenti per territorio, rappresenta una criticità difficile da risolvere con le norme e disposizioni attualmente vigenti. Questo criterio burocratico non considera l'incertezza alloggiativa dei richiedenti asilo, indipendente dalla loro volontà. Infatti possono subire decisioni di trasferimento da un centro d'accoglienza ad un CARA (o viceversa) senza considerare le conseguenze sulla salute causate dalla discontinuità terapeutica. A Roma accade che un richiedente asilo venga trasferito al CARA di Castelnuovo di Porto, dopo alcuni mesi dalla richiesta di protezione. Spesso ha già iniziato percorsi di tutela della salute, di sostegno sociale e giuridico. Variando la competenza territoriale cambiano i servizi a cui rivolgersi. Ma i tempi di permanenza nel CARA dovrebbero essere molto brevi. Uscito dal CARA il titolare di protezione ritorna a dimorare nell'area metropolitana di Roma prendendo la residenza presso la sede delle associazioni autorizzate, molte ubicate nel I Distretto. Nuovamente cambia la competenza territoriale con evidenti ripercussioni sui percorsi in essere e sulla continuità della presa in carico socio-sanitaria. Infine la disomogeneità e l'indeterminatezza delle procedure caratterizzano il nostro territorio, dove elementi fondamentali per la cura delle persone come l'iscrizione al medico di Medicina Generale o l'esenzione dal pagamento del ticket sanitario vengono trattati e gestiti secondo modalità differenti e incompatibili all'interno del territorio della stessa città di Roma.

Conclusioni

Si propone un dibattito finalizzato alla possibilità di ripensare le attuali modalità di accesso ai servizi sanitari per ricostruire una dimensione più comprensibile e fruibile per i richiedenti e titolari di Protezione Internazionale.

Contatto: *Pietro Benedetti (pbenedetti74@gmail.com)*

La sorveglianza sindromica presso i Centri di Accoglienza istituiti a seguito della cosiddetta emergenza immigrazione dal Nord-Africa 2011 (P)

DECLICH S.*, NAPOLI C.*, RICCARDO F.*, DE SANTIS S.*, RIZZO C.*, ROTA M.C.*, DENTE M.G.*, POMPA M.G.°, BELLA A.* & GRUPPO DI LAVORO DELLA SORVEGLIANZA SINDROMICA MIGRANTI

*CNESPS - Istituto Superiore di Sanità; °Ministero della Salute

Obiettivi

Dall'aprile 2011, in seguito all'incremento del numero di migranti verso il nostro Paese a causa dell'instabilità politica di molti paesi del Nord-Africa, il Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS-ISS) e le Regioni ha istituito un sistema di sorveglianza sindromica presso i centri di accoglienza (CA) per monitorare tempestivamente l'insorgenza di eventi sanitari rilevanti. La sorveglianza ha l'obiettivo principale di rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica e organizzare una risposta efficace e tempestiva. Attualmente il sistema di sorveglianza è attivo per monitorare gli immigrati che sono ancora oggi ospitati presso i CA dislocati sul territorio nazionale. Vengono di seguito riportati i principali risultati della sorveglianza sindromica da maggio 2011 ad aprile 2012.

Metodi

Secondo il protocollo operativo della sorveglianza (disponibile sul sito: www.salute.gov.it), i CA sono tenuti a compilare giornalmente una scheda cartacea per la rilevazione di 13 sindromi indicando il numero di ospiti complessivo per fascia di età per la determinazione del denominatore. I dati raccolti dai centri vengono inviati direttamente, tramite ASL e/o Regioni, al CNESPS-ISS, inseriti in un database Access ed analizzati tramite Stata 11 con cadenza settimanale. Attraverso l'applicazione di un modello statistico di Poisson vengono identificati allarmi statistici relativamente alle sindromi sotto sorveglianza.

Risultati

Nel periodo considerato, 130 CA dislocati in 13 Regioni hanno inviato dati. La popolazione media giornaliera sotto sorveglianza è stata di 5.157 persone (range compreso tra 1.726 e 8.443). Il 75,6% della popolazione sorvegliata è costituita da adolescenti ed adulti tra i 15 ed i 44 anni. In totale, sono stati segnalati 4.552 casi di sindromi, le più frequenti sono state "infezione respiratoria con febbre" (63,8% delle segnalazioni) e "gastroenterite senza sangue nelle feci" (26,5% delle segnalazioni). Il modello statistico ha messo in evidenza nove allarmi statistici, relativi a quattro sindromi: "Sindrome respiratoria con febbre", "Diarrea con presenza di sangue", "Gastroenterite senza sangue nelle feci", "Infestazioni". Tuttavia, successive indagini epidemiologiche non hanno confermato la presenza di eventi sanitari rilevanti.

Conclusioni

L'applicazione di un sistema di sorveglianza sindromica durante l'emergenza immigrazione ha permesso di ottenere dati epidemiologici in tempo reale su una popolazione particolarmente vulnerabile e gestita secondo modalità territorialmente e istituzionalmente complesse in cui erano coinvolti numerosi attori e tutte le Regioni tranne l'Abruzzo (in fase di ricostruzione dopo il forte sisma del 2009).

Questo ha fornito agli operatori sanitari uno strumento in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze sanitarie. Inoltre, la pubblicazione periodica del bollettino riepilogativo (disponibile su: www.epicentro.iss.it) ha consentito la diffusione di corrette informazioni sanitarie, smentendo notizie aneddotiche diffuse dai media. Non essendosi verificate emergenze sanitarie durante il periodo di sorveglianza, questo secondo aspetto è stato particolarmente rilevante data l'alta visibilità mediatica dell'emergenza immigrazione 2011-2012.

Contatto: Silvia Declich (silvia.declich@iss.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Parassitosi e tubercolosi tra i migranti accolti presso la provincia di Udine dell'avvio del piano "Emergenza Nord-Africa" (P)

MERELLI M.

Clinica di Malattie Infettive AOUSMM Udine

Obiettivi

Parassitosi cutanee e viscerali e tubercolosi rappresentano alcune tra le più frequenti patologie presentate dai migranti nei primi mesi successivi all'arrivo presso i Paesi ospiti. Analizzare l'epidemiologia dei quadri parassitari e micobatterici presentati da rifugiati e richiedenti asilo arrivati in Italia nell'estate 2011 ad un centro di malattie infettive di terzo livello del Friuli Venezia Giulia per fornire spunti ed indirizzare i futuri sforzi di screening secondari all'arrivo.

Metodi

Raccolta ed analisi epidemiologica, microbiologica e clinica dei casi di micobatteriosi e parassitosi tra i migranti accolti presso la provincia di Udine dall'avvio del piano di accoglienza emergenziale nazionale.

Risultati

Assistiti presso la nostra Clinica 15 migranti giunti in Italia da aprile 2011 a febbraio 2012, tre donne e 12 uomini, età media 24 anni (17-31), dodici differenti nazioni d'origine, tutti hanno però soggiornato in Libia per un periodo medio di un anno prima della traversata mediterranea. Evidente una barriera linguistica e culturale in tutti i casi assistiti che ha reso indispensabile l'intervento dei mediatori: il 24% dei migranti non parlava né inglese né francese, scarsa conoscenza di queste due lingue nel 44%, discreta conoscenza nel 33%. Sei migranti sono stati da noi assistiti per patologia tubercolare con coinvolgimento osseo nella metà dei casi (3/6) e due di questi con coinvolgimento di più siti (vertebrale e femorale); un caso ha presentato coinvolgimento epatico, splenico, pleurico, linfonodale, altri due coinvolgimento polmonare e linfonodale. Sintomatici da una media di 5 mesi al momento della diagnosi, non sono state riscontrate resistenze ai farmaci antitubercolari di prima linea in nessuno dei sei isolati. Trattamenti antitubercolari al momento ancora in corso con buona aderenza. Nove migranti assistiti per patologia parassitaria, di cui tre con coinfezioni: quattro casi di schistosomiasi di cui uno con evoluzione neoplastica vescicale, sintomatici da una media di 10 anni al momento della diagnosi, hanno tutti ultimato il trattamento antiparassitario e sono ora in follow-up per le complicanze della patologia. Due casi di teniasi, due casi di ancylostomiasi, tre di sindrome di larva migrans: hanno tutti presentato buona risposta al trattamento effettuato. Segnalate inoltre recentemente dal dipartimento di prevenzione altri tre migranti con quadro clinico di amebiasi, una sospetta giardiasi ed una sospetta ancylostomiasi, ancora in fase di studio.

Conclusioni

Nella popolazione migrante da noi analizzata la patologia tubercolare e quella parassitaria rivestono un importante ruolo patogeno. La patologia tubercolare emerge anche per la cosiddetta "immunodepressione da sradicamento", screenata nella variante polmonare per le importanti implicazioni contumaciali, subisce un ritardo diagnostico nelle varianti extrapolmonari con esiti potenzialmente invalidanti nelle varianti ossee. Le parassitosi, soprattutto quando intestinali e urinarie si manifestano generalmente in stadi avanzati con verosimile acquisizione in età infantile; non diagnosticate in tempi adeguati espongono i pazienti a importanti sequele. Gli accertamenti di secondo livello per tali patologie anche nei pazienti pauci-sintomatici sono pertanto importanti nella diagnostica precoce di queste malattie e nella prevenzione delle complicanze.

Contatto: Maria Merelli (mariamere@virgilio.it)

La prevenzione dei disturbi dell'attaccamento precoce nel Centro di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano in collaborazione con la Cooperativa Crinali (P)

SACCHETTI G.*, CATTANEO M.L.*, FUMAROLA C.°, DAL VERME S.°

*Cooperativa Crinali Milano, °Clinica Ostetrico Ginecologica Università degli Studi di Milano presso Azienda Ospedaliera S. Paolo Milano

Obiettivi

Si intende illustrare la metodologia di intervento che si sta sperimentando all'interno del Centro di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini dell'AO San Paolo di Milano in collaborazione con la Cooperativa Crinali con l'obiettivo di fare prevenzione rispetto ai disturbi dell'attaccamento precoce con le donne migranti durante la gravidanza, al momento del parto e nel dopo parto.

Metodi

La metodologia utilizzata coniuga l'approccio transculturale proprio dell'etnopsicoanalisi francese con quello messo a punto da Françoise Molenat all'ospedale di Montpellier di prevenzione dei disturbi precoci dell'attaccamento. Si illustrerà come si sta impostando la collaborazione fra figure sanitarie, psicologiche, sociali e di mediazione linguistico culturale per perseguire queste finalità di prevenzione.

Risultati

Attraverso la metodologia utilizzata è stato possibile fare una individuazione più precoce delle situazioni a rischio e quindi è stato possibile mettere a punto progetti individualizzati di assistenza durante la gravidanza, al momento del parto e nel dopo parto, che sono risultati efficaci. Si illustrerà un caso e si porterà testimonianza dell'utente.

Conclusioni

Si sta progettando una ricerca/azione per valutare con più accuratezza i risultati raggiunti che secondo una valutazione clinica dei casi seguiti sembra positiva.

Contatto: Graziella Sacchetti (sacchetti.graziella@alice.it)

L'importanza dell'area geografica di provenienza nelle prevalenze di tagli cesarei (P)

Lauria L.*, Bonciani M.*, Grandolfo M.*, Andreozzi S.*, Lamberti A.*, Buoncrisiano M.*, Bucciarelli M.* e il Gruppo di Lavoro sul Percorso Nascita

*Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi

La prevalenza di tagli cesarei in Italia (38%) risulta essere tra le più elevate al mondo e la più elevata tra i Paesi Europei. Il taglio cesareo (TC) rappresenta una pratica chirurgica salvavita importantissima nelle gravidanze a rischio, ma è inappropriata nelle gravidanze fisiologiche senza indicazioni cliniche. La prevalenza di tagli cesarei relativi alle donne immigrate appare tendenzialmente più basso di quello delle italiane. L'obiettivo di questo studio è di valutare il ruolo dell'area di provenienza e dell'area di residenza sulle prevalenze di TC.

Metodi

Nell'ambito del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), varato nel Piano Sanitario Nazionale del 1998/2000, l'ISS ha condotto, nel 2008/2009, una indagine campionaria in 25 ASL per valutare l'assistenza al percorso nascita. L'indagine è stata ripetuta con le stesse caratteristiche ad un anno di distanza dalla prima. Tra gli indicatori assistenziali è stato considerato il tipo di parto. I risultati qui riportati fanno riferimento alle donne italiane e straniere che hanno partecipato alle 2 indagini. Le donne italiane sono state raggruppate insieme a quelle provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) (N=6238), mentre le altre donne originarie di Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (N=704) sono state classificate secondo le seguenti aree di provenienza: Est Europa, Africa, Asia e Centro-Sud America. Le analisi descrittive e i modelli logistici di regressione per dati correlati sono pesati con il reciproco della frazione di campionamento.

Risultati

Rispetto alle donne provenienti da Paesi PSA, le donne dei Paesi PFPM sono tendenzialmente più giovani (età media: 32 vs 28), hanno più figli (pluripare: 46.1% vs 50.4%), sono residenti soprattutto al nord (21.9% vs 40.7%) e al centro (28.5% vs 47.7%) e meno al sud (49.6% vs 11.7%). Si rileva un pattern non omogeneo considerando le specifiche aree di provenienza (le africane e le sudamericane sono più presenti al nord (68.7% e 58.2%) mentre le asiatiche si concentrano nel centro (80.8%); le donne provenienti dall'Europa dell'Est sono ugualmente presenti nel nord e nel centro del Paese (42- 43%). La prevalenza di TC risulta mediamente più bassa per i Paesi PFPM (35.5% vs 28.1%) ma se consideriamo la specifica area di provenienza, le donne africane e sudamericane mostrano prevalenze più elevate (37.8% e 47.5% rispettivamente). Se stratifichiamo per area di residenza, le prevalenze di TC tra Paesi PSA e PFPM risultano simili nel nord (29.9% vs 31.7%) e nel sud del Paese (43.5% vs 43.7%) mentre risultano più basse al centro (26% vs 21%) con differenze per specifica area di provenienza. Gli Odds Ratio (OR) di TC, aggiustati per età, parità e per area di residenza, confermano aumenti significativi di rischio per le donne provenienti dall'Africa (OR=1.66 (IC95%: 1.16, 2.38)) e dal SudAmerica (OR= 2.26 (IC95%:1.82, 3.87)), rispetto alle donne provenienti da Paesi PSA. Un'analisi stratificata per area di residenza mostra al nord un aumento di rischio significativo anche per le asiatiche, mentre sempre per le asiatiche al centro si registra una riduzione significativa del rischio (OR= 0.49 (IC95%:0.26, 0.92)).

Conclusioni

L'area di provenienza e l'area di residenza sono variabili importanti che influenzano il rischio di TC. Nelle politiche di riduzione del rischio di TC inappropriato è importante tener conto dell'eterogeneità della popolazione immigrata anche approfondendo le cause delle differenze rilevate.

Contatto: Laura Lauria (laura.lauria@iss.it)

L'incidenza delle Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) e il ruolo della prevenzione sanitaria nelle sex workers contattate dall'Unità di strada Luna Blu del Centro Donna Giustizia di Ferrara (P)

AJUZIE A.*, CASALINO D.*, CENACCHI M.V.*, BAGLIONI D.*, LODI E.*, SIGHINOLFI L.°

*Progetto "Luna Blu" – Unità di strada prostituzione del Centro Donna Giustizia di Ferrara; °US Gestione Ambulatorio HIV/AIDS, Azienda Ospedaliero-universitaria di Ferrara

Obiettivi

Il progetto "Luna Blu", Unità di strada prostituzione del Centro Donna Giustizia di Ferrara, parte della Rete regionale "Oltre la Strada", opera su diversi livelli, inserendosi nelle politiche di riduzione del danno e di prevenzione sanitaria. Si propone di contattare chi si prostituisce in strada e al chiuso con l'obiettivo di tutelarne la salute e i diritti, facilitandone l'accesso autonomo ai servizi territoriali. Le operatrici effettuano 2 uscite notturne settimanali durante le quali avviene il contatto utile a garantire il passaggio di informazioni e l'emersione di eventuali bisogni. Vengono proposti diversi percorsi per la salute: medico di base, visite ginecologiche, programmi di screening. In particolare è possibile eseguire lo screening per MTS presso l'Ambulatorio delle Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, con cui è stato stipulato un protocollo che consente alle utenti l'accesso diretto e gratuito. Scopo di questo studio è descrivere l'incidenza delle MTS nelle utenti e la ricerca di nuove strategie per una maggiore tutela della salute.

Metodi

Analisi retrospettiva degli esami di screening eseguiti tra gennaio 2011 e giugno 2012 che comprendono la sierologia per sifilide, HBV, HCV, HIV.

Risultati

Sono stati documentati 46 esami di screening che riguardano 37 utenti, di cui 8 hanno eseguito 2 volte gli esami in questo periodo e 5 avevano già eseguito gli esami nel 2010. 23 provenivano dal contatto in strada e 12 dal progetto "Invisibile", per il contatto con chi si prostituisce indoor. 13 provenivano dalla Nigeria, 9 dalla Romania, 7 dal Brasile, 4 dalla Colombia, una dalla Repubblica Dominicana, Bielorussia, Marocco e Italia. Per quanto riguarda l'età si rilevavano 13 utenti tra 19 e 25 anni, 8 tra 26 e 30, 5 tra 31 e 35, 5 tra 36 e 40, 6 tra 41 e 49. Gli esami eseguiti per HIV e HCV sono risultati negativi, 11 utenti erano HbsAb positive, nessuna con HBsAg. Sono state rilevate 2 positività per sifilide latente. Non si è assistito a variazioni dei risultati delle 8 utenti che hanno ripetuto le analisi.

Conclusioni

Sono rari gli studi epidemiologici in relazione al mercato del sesso a pagamento. I pochi studi realizzati evidenziano una bassa prevalenza di HIV nelle sex workers che non fanno uso di droghe (< 1%). Esistono invece dati di elevata incidenza in contesti di povertà, uso o abuso di sostanze e criminalizzazione della prostituzione. A parte lo stigma sociale del fenomeno che può determinare una riluttanza a prendere parte agli screening, occorrono politiche socio-sanitarie diffuse, utili a promuovere la salute pubblica attraverso ricerche e relativi programmi di screening per la salute delle sex workers e dei loro clienti. I dati rilevati nello studio sono poco numerosi per trarre delle conclusioni epidemiologiche, ma presentarli ci sembrava comunque importante perché la tutela di chi si prostituisce e dell'intera comunità, passa anche dal contrasto alla stigmatizzazione diffusa.

Contatto: Elisa Lodi (e_lodi@hotmail.it)

Eva Luna 14 anni dopo (P)

FORACCHIA A.*; MANGHI M.*; GEMMI M.C.*, CROTTI C.*, SPARANO M.*, FORNACIARI R.*, CASTRONUOVO L.°, ANGIUCCI F.°, NAAEMKA N.*, WONG O.*

*Centro Salute Famiglia Straniera – AUSL Reggio Emilia (CSFS); °Unità di Strada (UdS) Comune Reggio Emilia

Obiettivi

Sin dall'inizio dell'attività del CSFS (1998), un'attenzione particolare è stata rivolta alle condizioni delle donne dedite alla prostituzione di strada. Si è iniziata e consolidata negli anni la collaborazione coi progetti del privato sociale (Rabbuni e Caritas), del servizio sociale del Comune (progetto Rosemary) e del progetto regionale Oltre la Strada. Il CSFS dedica una seduta settimanale a queste utenti cui viene offerta la possibilità di: consulenza ginecologica; colloquio con l'ostetrica; accesso gratuito ad esami di laboratorio per le principali malattie a trasmissione sessuale (Lue, HIV, HBV, HCV); mediazione l/c nigeriana e all'occorrenza mediazione cinese, rumena e russa; consulenza psicologica; colloquio con assistente sociale. La collaborazione con le operatrici dell'UdS che spesso accompagnano le persone consente agli operatori del CSFS una più accurata lettura del fenomeno che aiuta nell'attività di tipo sanitario. La tratta di persone a scopo di sfruttamento sessuale è un fenomeno in continua evoluzione, è perciò importante rivedere alla luce dei recenti cambiamenti e delle mutate esigenze, se i servizi proposti sono ancora adeguati e proporre eventuali miglioramenti.

Metodi

Si è intensificata la frequenza degli incontri di verifica e scambio con gli operatori dell'UdS del Comune di Reggio Emilia per migliorare la lettura del fenomeno. È stata data maggiore disponibilità ad accogliere e farsi carico delle persone transessuali che esercitano la prostituzione. È stato attivato un progetto che prevede il contatto diretto telefonico con le donne che esercitano la prostituzione in appartamento. A questo segue l'offerta dell'accesso al servizio in tempi e con modalità che tengano conto delle diverse esigenze e sensibilità.

Risultati

Il numero dei prelievi ematici per la ricerca delle principali malattie a trasmissione sessuale (utilizzato come indicatore degli accessi) è significativamente aumentato, così come sono aumentate, pur mantenendo ancora valori relativamente bassi, il numero di patologie riscontrate. Riteniamo sia un successo l'aver rotto il muro sino a ieri impenetrabile della prostituzione in appartamento, raggiungendo donne che non potevano ricevere informazioni specifiche e offerte di servizi.

Conclusioni

Dopo 14 anni dall'inizio dell'attività del CSFS si sono verificati significativi cambiamenti nelle condizioni sociali e nel mondo della prostituzione, rendendo indispensabili cambiamenti organizzativi e una revisione della propria attività. Il lavoro in rete con l'impiego della mediazione l/c, per un fenomeno tanto complesso, appare come l'unica strategia in grado di dare risultati nell'assistenza alle persone coinvolte.

Contatto: Maria Cristina Gemmi (gemmim@ausl.re.it)

Cittadinanza e salute delle donne migranti (P)

CIRILLO L.

Focus Casa dei Diritti Sociali

Obiettivi

Miglioramento della salute delle donne delle popolazioni migranti.

Metodi

Consultorio di ascolto delle problematiche sanitarie, diverse a seconda delle provenienze, delle donne delle popolazioni migranti, e ricerca delle soluzioni, sia nel consultorio stesso, sia, se necessario, nel difficile e carente ambito del sistema sanitario del Lazio.

Risultati

Buona risposta da parte delle donne delle varie popolazioni.

Creazione di un polo di riferimento anche per altre problematiche sanitarie e non solo.

Conclusioni

La creazione e la continuità del consultorio di Focus Casa dei Diritti Sociali a Roma, zona stazione Termini, ha permesso la soluzione di molte delle problematiche sanitarie, e non solo, sanitarie di tante donne delle varie popolazioni migranti che si sono succedute dal 1992 ad oggi, ed ha inoltre offerto un punto di orientamento e di facilitazione di accesso al sistema sanitario laziale.

Contatto: Luigi Cirillo (luigi.cirillo@fastwebnet.it)

La formazione degli operatori per la prevenzione delle IVG tra le donne straniere. L'esperienza dell'attivazione di una formazione "a cascata" in un progetto di ricerca a carattere nazionale (P)

CIVITELLI G.*°, RUSSO M.L.*°, PITINI E.*, PIZZINI E.*°, DI FOGGIA F.*, MARCECA M., SILVESTRINI G.°, MARCECA M.*°

*Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, ^Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Istituto di Igiene, °Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Obiettivi

Le evidenze epidemiologiche disponibili sul fenomeno abortività tra le donne straniere (tassi di circa 4 volte superiori a quelli delle donne italiane) hanno sostenuto l'approvazione, nel 2009, del Progetto CCM "Prevenzione IVG donne straniere" il cui obiettivo generale è quello di ridurre i tassi del ricorso all'IVG tra le donne straniere. L'obiettivo specifico dell'Unità Operativa 1, composta dagli autori, è quello di "promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione IVG)". All'interno di questo campo di intervento, si è inteso mettere a punto ed attivare una formazione a cascata, improntata alle principali teorie dell'andragogia e che coinvolgesse le Regioni/PPAA partecipanti al Progetto.

Metodi/Azioni

Gli obiettivi formativi sono stati individuati attraverso un processo lungo e articolato che ha previsto: una ricerca bibliografica ad hoc; l'analisi dei corsi ECM svolti in Italia sul tema dal 2002 al 2010; l'analisi dei punti di forza e delle aree critiche nella relazione tra operatori e donne immigrate, attraverso l'osservazione etnografica e l'esecuzione di interviste sul campo in alcuni servizi ospedalieri e territoriali (Tivoli, Foggia e Pordenone); la somministrazione di interviste a operatori esperti. A partire dai dati raccolti è stata progettata una ToT (formazione di formatori) articolata in cinque giornate. Ai 22 docenti individuati è stato chiesto uno sforzo di coinvolgimento attivo dell'aula. I formatori da formare (da 3 a 5 per Regione sulla base di criteri espliciti), sono stati individuati dalle Regioni partecipanti sulla base di alcuni requisiti suggeriti dagli organizzatori utili a definire il profilo del formatore "ideale". Anche le Società Scientifiche partecipanti al Comitato scientifico del Progetto sono state invitate a partecipare con uno o più loro rappresentanti.

Risultati

La ToT "Gli operatori della salute e l'IVG delle donne straniere: conoscenze, consapevolezza, strumenti operativi e relazionali, contesti organizzativi e percorsi per la prevenzione e la tutela" si è svolta a Roma, presso l'ISS e l'Università Sapienza, dal 25 al 29 giugno 2012. I partecipanti sono stati 37, di cui 32 rappresentanti delle 10 Regioni/PPAA coinvolte e 5 rappresentanti di 3 Società scientifiche/Istituzioni (AGITE, SIMM e INMP). Netta la prevalenza femminile (34 donne e 3 uomini). L'età media dei partecipanti è stata di circa 50 anni. I profili professionali sono stati così rappresentati: ginecologi (43%); psicologi (19%); ostetriche (19%); assistenti sociali (8%); altre figure (11%). Attraverso la compilazione di 36 schede di valutazione finale, 33 partecipanti (91,7%) si sono dichiarati "abbastanza soddisfatti" di come è stato svolto il Corso e 3 (8,3%) "del tutto soddisfatti". Nessun partecipante ha espresso giudizi negativi ("poco" o "per nulla" soddisfatto). Ulteriori specifiche valutazioni, anche critiche, saranno presentate in sede congressuale.

Conclusioni

Per quanto l'avvio di una "formazione a cascata" non possa di per sé garantire di raggiungere efficacemente gli operatori direttamente interessati ai diversi livelli dei servizi coinvolti, le valutazioni raccolte sembrano confermare la bontà dell'impostazione generale. In particolare, si è ritenuto centrale far passare il messaggio degli operatori (ed anche dei formatori) come attori di cambiamento in grado di incidere positivamente sui servizi sanitari nei quali operano.

Contatto: Giulia Civitelli (giulia.civitelli@gmail.com)

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) ripetute tra le donne straniere afferenti al Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS) AUSL di Reggio Emilia (P)

FORACCHIA A., GEMMI M.C., CROTTI C., SPARANO M.
Centro Salute Famiglia Straniera – AUSL Reggio Emilia

Obiettivi

Valutare l'incidenza del ricorso alla IVG e soprattutto alla IVG ripetuta tra le donne afferenti al CSFS dopo 5 anni da analoga valutazione e dalla messa in opera di strategie volte a contenere il fenomeno.

Metodi

Si analizzano il numero e la provenienza di donne che hanno richiesto una IVG dal 2007 al 2011. Si osserva se negli ultimi 5 anni il ricorso alla IVG si sia ripetuto e si confrontano questi dati con un'analoga rilevazione effettuata nel quinquennio precedente. Si prendono quindi in considerazione le modalità e le opzioni contraccettive che si erano proposte in precedenza con quanto è stato offerto nell'arco del periodo in esame prendendo in considerazione anche la variabile del cambiamento di tipologia e provenienza delle utenti.

Risultati

Attraverso il confronto di 2 periodi significativamente lunghi (2002-2006 e 2007-2011) e considerando i cambiamenti che si sono verificati nell'ambito del ricorso alla IVG per numero di accessi e di IVG ripetute, si è rilevato che mentre il numero di utenti complessive è aumentato nell'ultimo periodo, il numero di certificati richiesti è diminuito. Così risulta in calo il numero delle IVG ripetute. Il numero di prestazioni offerte nell'ambito contraccettivo risulta significativamente aumentato. Sono inoltre lievemente mutate le tipologie di metodi contraccettivi offerti con una maggiore accettazione di alcuni forme di assunzione (cerotto, anello) rispetto ad altri (pillola, iniezione depot). Sono diventate prassi abituali alcune strategie di cui si era già identificata l'efficacia: colloquio contraccettivo, appuntamento per controllo post-IVG al momento del rilascio del certificato, consegna diretta gratuita dei presidi contraccettivi per l'inizio del trattamento, stretto follow-up con eventuale incentivo della consegna gratuita del contraccettivo. Si è aumentato il coinvolgimento delle mediatrici linguistico-culturali attraverso incontri di formazione specifici. Non sono stati avviati, come era nelle intenzioni incontri con le diverse comunità. È sempre molto rilevante la collaborazione con i servizi sociali che seguono il fenomeno prostituzione. Si sono intensificati i contatti con associazioni del privato sociale (importante la collaborazione con Caritas). Ancora insoddisfacente è il coinvolgimento in ambito contraccettivo della struttura ospedaliera di riferimento per l'intervento di IVG.

Conclusioni

La strada intrapresa circa 5 anni fa sembra avere dato buoni risultati: molte delle strategie adottate sono diventate prassi abituale, mentre non si è ancora riusciti ad adottarne altre pur riconoscendone la potenziale efficacia. Il fenomeno rimane ancora estremamente rilevante e soprattutto è in continuo mutamento poiché cambiano rapidamente tipologia e provenienza delle utenti.

Contatto: Andrea Foracchia (andrea@foracchia.it)

Screening citologico: un'esperienza con la comunità albanese in Piemonte (P)

GIORDANO L.°, FIORINA G.°, SKANJETI A.*, MORETTO L.*

°CPO Piemonte, *Centro di Psicologia Transculturale dell'Ufficio Pastorale Migranti

Obiettivi

Individuare i fattori che possono ostacolare o favorire l'adesione al programma di screening citologico (Prevenzione Serena) ed elaborare una campagna di sensibilizzazione adeguata ai bisogni, alle aspettative e alle caratteristiche socio-culturali.

Metodi

Il progetto a livello regionale di ricerca-intervento, nell'ottica della progettazione partecipata, è nato dalla collaborazione del Centro di Prevenzione Oncologica, della Cooperativa sociale Orso, del Centro di Psicologia Transculturale dell'Ufficio Pastorale Migranti e da alcuni membri della comunità albanese. Gli strumenti utilizzati sono stati: un questionario (166 donne, di età compresa tra i 20 e i 67 anni), focus group a gruppi di donne albanesi (tra aderenti e non aderenti), operatori socio sanitari e mediatori culturali.

Risultati

Il 34% non ha mai effettuato un pap test. Le motivazioni più frequenti sono "Credo che non serva per la mia età" (23%); "Non ho tempo" (18%); "Non so a cosa serve" (16%); "Non ne ho bisogno perché sono in salute" (14%). Il programma è conosciuto dal 58% del campione, di cui il 44% tramite la lettera di invito giunta a domicilio. Il 91% sa che è un programma gratuito. Il 51% ha ricevuto la lettera di invito, e tra queste, il 23% ha avuto problemi di comprensione. Il 72% che ha ricevuto la lettera ha aderito. Quest'ultime hanno espresso una buona soddisfazione soprattutto per il sistema di prenotazione della visita, l'accoglienza e lo svolgimento del test. Per favorire l'adesione le donne stesse hanno suggerito un maggiore coinvolgimento dei mediatori culturali (39%) e una produzione di materiale informativo multilingue (36%).

Dai focus-group, tra i fattori ostacolanti l'adesione, sono emersi gli elementi culturali di origine legati ai vissuti di tabù relativi al corpo e la concezione della salute in cui si interviene sull'emergenza, le condizioni sociali (provenienza, anzianità di residenza in Italia, livello di integrazione nel nuovo contesto), la scarsa accoglienza e disponibilità da parte dei medici di base, la difficoltà a raggiungere i centri di screening e l'interpretazione del SSN italiano attraverso l'esperienza con il Sistema Sanitario albanese. Come fattori di rinforzo per l'adesione i partecipanti hanno individuato la sensibilizzazione alla "cultura della salute" tramite una distribuzione di materiale informativo bi-lingue nei luoghi di frequentazione abituale e la sensibilizzazione/formazione dei medici di base.

L'intervento di sensibilizzazione è proseguito con la creazione e distribuzione mirata di opuscoli e cartoline informative bilingue associate a borse di stoffa realizzate da un gruppo di donne immigrate.

Dal raffronto pre e post campagna di sensibilizzazione nella regione Piemonte l'adesione è cresciuta di circa 3%.

Conclusioni

Il lavoro in rete e il coinvolgimento diretto delle popolazioni immigrate nei progetti di ricerca-intervento aiuta a conoscere meglio il fenomeno ed ottenere dei risultati migliori e più duraturi nel tempo.

Contatto: Anamaria Skanjeti (psicoupm@yahoo.it)

L'assistenza domiciliare ai minori con situazioni croniche complesse: l'esperienza del gruppo di infermieri a Reggio Emilia (P)

SACCANI A.*, CERVI M.*, FORNACIARI R.°

*Dipartimento Cure Primarie – AUSL Reggio Emilia; °Centro Salute Famiglia Straniera – AUSL Reggio Emilia

Obiettivi

Nel territorio dell'AUSL di Reggio Emilia, da alcuni anni è presente un gruppo di infermieri che si occupa di assistenza domiciliare; in particolare è attivo un team rivolto ai casi pediatrici, per la gestione di situazioni socio-assistenziali e sanitarie di particolare complessità con gli obiettivi di: garantire la permanenza a domicilio anche quando è necessaria l'attuazione di tecniche infermieristiche complesse; conoscere e valorizzare le potenzialità della famiglia; conoscere e proporre collaborazioni con le risorse presenti sul territorio; conoscere, capire e comparare le diversità culturali a garanzia della qualità assistenziale; offrire una mediazione fra i diversi servizi che intervengono sul caso; accompagnamento al decesso e sostegno al lutto.

Metodi

Attivazione del servizio infermieristico da parte del reparto ospedaliero (neonatologia, pediatria...).
Visita integrata in ospedale (infermiere domiciliari e di reparto, medico, assistente sociale).
Incontro della famiglia e del bambino in ospedale.
Accompagnamento alla dimissione e primo accesso a domicilio.
Condivisione con la famiglia del piano assistenziale.
Integrazione con i servizi coinvolti e associazioni presenti sul territorio.
Coinvolgimento del mediatore linguistico-culturale.

Risultati

Questa esperienza ci arricchisce continuamente di conoscenze che vanno oltre la competenza tecnica, coinvolgendo la sfera del rapporto tra culture diverse; la volontà del gruppo infermieristico di garantire qualità al percorso assistenziale anche alle famiglie straniere ci ha costrette a trovare soluzioni che valorizzino non solo il concetto di cura domiciliare, ma anche di prevenzione, integrazione e relazione.

Conclusioni

In questi anni abbiamo imparato che in ogni gruppo familiare sono presenti sensibilità e sguardi diversi sul concetto di salute, malattie, sistema di cure e morte che, a volte, sfociano in conflitti tra le parti coinvolte. Dobbiamo continuamente riflettere con la famiglia e cercare di approfondire, con un'azione continua di ricerca della fiducia reciproca. La barriera linguistica può costituire un disagio che tuttavia può essere trasformata un reciproco scambio di conoscenza. Prezioso è l'aiuto del mediatore l/c. Il ruolo svolto dalle associazioni è risultato efficace, contribuendo al benessere del minore e all'integrazione culturale della famiglia.

Contatto: Angela Sacconi (saccanim@ausl.re.it)

“Emergenza Nord-Africa 2011”. Accoglienza e monitoraggio di due minori sieropositivi giunti all’Ambulatorio Pediatrico della Caritas Diocesana di Cagliari (P)

CAVALLINI R.*, BOTTA M.B.*, MEREU G.*, MORITTO M.*, SOLINAS R.*, DEDONI M.°, DE MAGISTRIS A.°, MARGIANU V.°
*Ambulatorio Pediatrico della Caritas Diocesana di Cagliari; °1° Clinica Pediatrica dell’Università di Cagliari

Obiettivi

Nel maggio 2011 la Caritas Diocesana di Cagliari, a seguito dell’“Emergenza Nord-Africa”, ha accolto circa 170 profughi provenienti dall’isola di Lampedusa: per lo più famiglie con bambini dai 3 mesi ai 5 anni e alcune donne gravide. La Caritas ha risposto con solidarietà e professionalità nell’ospitare questi nostri fratelli in fuga dai loro Paesi, mettendo a disposizione una serie di servizi: dal centro di ascolto, alla mediazione linguistico-culturale e la mensa, dalla sistemazione in strutture protette all’Ambulatorio Medico. Nell’ambito della attività ambulatoriale è stato effettuato uno screening sanitario riguardante alcune malattie infettive (TBC, AIDS, ecc.) rivolto a tutti gli ospiti e in particolare ai bambini e alle donne gravide.

Metodi

E.T.: è nato a Cagliari qualche settimana dopo l’arrivo dei suoi genitori che, provenienti dalla Libia via Lampedusa, erano entrambi in precarie condizioni di salute. Allo screening risultarono entrambi HIV positivi. Il piccolo, nato sieropositivo, aveva contratto l’infezione perinatale in quanto la madre, non conoscendo la sua positività, non aveva mai eseguito controlli ed è giunta al parto con una carica virale elevata e valori bassi di CD4+. La somministrazione alla madre di terapia antiretrovirale per poche settimane, il trattamento con Zidovudina intrapartum e l’adozione del taglio cesareo non sono valsi a prevenire la trasmissione del virus. L.E.: nata in Libia è giunta a Cagliari all’età di 15 mesi insieme ai genitori. Si presentarono in precarie condizioni di salute e risultarono tutti HIV positivi. La piccola aveva contratto verosimilmente l’infezione per trasmissione verticale dalla madre, non a conoscenza della sua sieropositività. Entrambi i bambini sono stati prontamente accompagnati all’Ambulatorio HIV della 1° Clinica Pediatrica dell’Università per essere presi in carico e avviati in un corretto percorso diagnostico e terapeutico non sempre scevro da difficoltà. E.T. – 2 settimane: V.L. 878.500 U.I./mcl HIV-RNA plasma CD4+ = 13,9% (1463 cell./ mcl) CD4/CD8 = 0,29. L.E. – 15 mesi: V.L.300.000 U.I./ mcl HIV-RNA plasma CD4+ = 13,8% (617 cell./ mcl) CD4/CD(= 0,28.

Risultati

La comunicazione della diagnosi ai genitori, in entrambi i casi, è stata drammatica e ha richiesto colloqui ripetuti da parte dei Sanitari supportati dai Mediatori linguistico/culturali, messi a disposizione dalla Caritas. Altrettanto complessa è stata la successiva comunicazione finalizzata a fornire spiegazioni relative al trattamento, al decorso e alla prognosi della malattia. Fondamentale è stato il sostegno psicologico fornito ai genitori.

Conclusioni

Facilitare i percorsi di accesso ai Servizi di Assistenza Sanitaria per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell’infezione da HIV. Creazione e gestione di una rete operativa multidisciplinare, basata sulla collaborazione con organismi pubblici e privati, in grado di accompagnare i soggetti vulnerabili attraverso un percorso di integrazione sociale e graduale autonomia.

Contatto: Roberto Cavallini (cavallini_roberto@virgilio.it)

Accessi al PS Pediatrico: pazienti stranieri e italiani a confronto (P)

PIACENTINI D., GALEAZZO B., RUBIN G., MORETTI C.

Clinica Pediatrica Azienda Ospedaliera – Università di Padova

Obiettivi

Lo studio descrive le caratteristiche epidemiologiche degli accessi dei minori stranieri ai servizi di urgenza/emergenza pediatrici dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova, confrontati con gli accessi dei minori italiani.

Metodi

È stato condotto uno studio retrospettivo su 152117 pazienti giunti al PS Pediatrico di Padova tra il 4/01/06 e il 31/12/11 di cui 29355 stranieri e 122762 italiani. I dati epidemiologici e clinici sono stati estratti dalla cartella DEA informatizzata e aggregati.

Risultati

Il 19% degli accessi è risultato esser costituito da minori stranieri. Le provenienze principali sono state: Paesi UE (27%) (in particolare Romania, 89%), Stati europei non UE (23%), Africa subsahariana (18%) (in particolare Nigeria, 77%) e Nord-Africa (13%). Rapporto M:F pari a 1.27:1 per gli stranieri e 1.4:1 per gli italiani. L'età media è di $3,6 \pm 1,4$ anni negli stranieri e di $5,07 \pm 2$ anni negli italiani. I principali motivi d'accesso sono risultati: patologie infettive (19% stranieri; 10% italiani), traumi/eventi accidentali (18% stranieri; 30% italiani), sintomatologie dolorose (14% stranieri; 16% italiani), patologie gastrointestinali (14% stranieri; 8% italiani) e respiratorie (13% stranieri; 11% italiani). Le diagnosi principali sono patologie respiratorie (26% stranieri, in particolare nigeriani 35% e rumeni 10%; 18% italiani), traumi/eventi accidentali (18% stranieri; 31% italiani) e patologie gastrointestinali (15% stranieri; 11% italiani). Vi è un maggior numero d'accessi tra le 16 e le 24 (43% in entrambi i gruppi) con picco tra le 21 e le 22 (6,6% stranieri; 6,7% italiani). Nei nigeriani invece il 45% degli accessi è fra le 8 e le 16 con picco fra le 11 e le 12 (6,8%). 1/3 degli accessi si verifica nel weekend in entrambi i gruppi. Gli accessi non urgenti sono l'83% negli stranieri (27% codice bianco, 55% codice verde) e il 78% negli italiani (16% codice bianco, 61% codice verde). La maggior parte dei pazienti è stata dimessa (88% stranieri; 89% italiani). Le cause principali di ricovero sono patologie respiratorie (21% stranieri; 20% italiani) e traumi/eventi accidentali (19% stranieri e 18% italiani).

Conclusioni

Complessivamente non si osservano differenze significative nei motivi e negli andamenti temporali degli accessi in PS per bambini stranieri e italiani ed in generale la maggior parte degli accessi sono non urgenti. Analizzando tuttavia alcune specifiche nazionalità o gruppi etnici emergono comportamenti particolari per i quali può essere interessante approfondire le motivazioni, come ad esempio il maggior tasso di ricovero per patologie respiratorie dei pazienti stranieri rispetto agli italiani (dove prevalgono i traumi), aspetto solo in parte giustificato dalla diversa età media dei due campioni. Occorre inoltre considerare che alcuni minori stranieri, in particolare gli STP, potrebbero non recarsi in PS Pediatrico, preferendo ambulatori gratuiti siti nel territorio. Sono attualmente in corso ulteriori studi atti a valutare quest'ultima ipotesi.

Contatto: Daniela Piacentini (daniela.piacentini@hotmail.it)

La sinergia pubblico-privato nei bisogni di salute e nel programma organizzativo delle vaccinazioni dei bambini rom frequentanti alcune scuole del territorio dell'Azienda USL Roma C (P)

DI STEFANO C.^o, BALDACCHINO E.*., LABATE A.* LATINI S.[^], PETRUZZI M.T.*., VAZZOLER C.*[§], DELLA ROVERE P.^o
^oUOSDMPEED/9, *UOSDMPEED/11, [^]Poliambulatorio D/12, [§]Ambulatorio STP D/11, Azienda USL Roma C (ASLRMC)

Obiettivi

La vaccinazione è uno strumento nato per combattere le malattie infettive ed ha lo scopo di promuovere una difesa immunitaria specifica, permanente (o comunque di lunga durata), sicura (priva di effetti avversi e collaterali), efficace verso un determinato agente patogeno. Nel periodo che decorre dal mese di settembre 2005 al mese di giugno 2012 per la presenza di numerosi bambini rom frequentanti alcune scuole del territorio dell'ASLRMC è stata promossa e realizzata una campagna vaccinale, che proponeva i seguenti obiettivi: 1) ottenere in tempi rapidi una copertura vaccinale adeguata; 2) implementare strategie di sanità pubblica per la promozione della salute in campo vaccinale; 3) adottare modelli di sanità pubblica incentrati sulla sinergia pubblico-privato sociale e sulle esperienze di rete; 4) garantire l'accesso ai servizi socio-sanitari e informare i rom sul diritto alla salute, sull'offerta dei servizi e sui percorsi assistenziali.

Metodi

Il metodo è stato realizzato grazie agli interventi di formazione che hanno sensibilizzato i dirigenti scolastici da parte del personale medico dell'ASL del territorio, ed insieme si è condivisa una strategia migliore per raggiungere la maggioranza dei genitori, sono stati pianificati giorni ed orari in cui i minori accompagnati dai genitori potevano recarsi al centro vaccinale da soli oppure accompagnati dagli operatori del sociale per l'offerta attiva, lasciando sempre un ampio spazio alla comunicazione collettiva ed interpersonale.

Risultati

L'attività vaccinale si è conclusa con la vaccinazione dell'80% dei minori frequentanti le scuole del territorio dell'ASLRMC. L'esito positivo di questa campagna è stato realizzato grazie ad "un counselling adeguato" prima della vaccinazione con i genitori effettuato dal medico vaccinatore, ogni incontro è stato della durata di circa 90 minuti, dettagliando l'utilità dei vaccini sia come strumenti di protezione con una valenza sia individuale che collettiva.

Conclusione

La comunicazione diretta e accessibile ha contribuito a dare una motivazione scientifica chiara ed esauriente all'importanza della vaccinazione, aumentando la presenza dei piccoli rom ai centri vaccinali, ed infine la positività di questo intervento nasce dal rapporto di amicizia e fiducia tra gli operatori del sociale (Caritas Diocesana, Arci e Comunità di Sant'Egidio) e la popolazione rom, senza la quale non sarebbe stato possibile pensare di innescare alcun dialogo o processo comunicativo autentico.

Contatto: Carla Di Stefano (carladistefano@virgilio.it)

Un'analisi empirica del ruolo delle politiche sull'immigrazione come determinante delle disuguaglianze di salute dei cittadini europei (P)

GIANNONI M.*, FRANZINI L.^o, ISMAIL Z.[^]

*Università di Perugia e Lugano (CH), ^oUniversity of Houston-Texas (US), [^]Regione Umbria

Obiettivi

Verificare il ruolo delle politiche sull'immigrazione sulla salute dei migranti nei Paesi europei, verificando empiricamente se lo status di straniero proveniente dai Paesi extra-UE non solo è un determinante delle disuguaglianze di salute osservate tra cittadini locali e cittadini stranieri, ma anche se non è tanto il fatto di essere stranieri quanto il fatto di vivere in un Paese dove le politiche e i diritti garantiti ai migranti appaiono carenti che influenza la probabilità di riportare un cattivo stato di salute per i cittadini stranieri.

Metodi

La nostra analisi empirica utilizza i dati individuali dell'indagine 2007 sui redditi e condizioni di vita dei cittadini residenti in Europa EU-SILC – Eurostat (n = 200,510) per verificare in primo luogo il contributo dello status di cittadino straniero sulle disuguaglianze socio-economiche di salute in 14 Paesi dell'Unione Europea. In secondo luogo viene misurato l'impatto delle politiche relative all'immigrazione del Paese. I dati sulle politiche sono tratti dagli indici MIPEX (Migrant Integration Policy Index, www.mipex.eu).

Risultati

Modelli di stima della probabilità di riportare cattive condizioni di salute da parte dei cittadini dei Paesi considerati confermano che questa è influenzata da determinanti socio-economici, tra cui lo status di cittadino straniero, ma di nuovo rispetto alla letteratura esistente c'è che non è tanto lo status di cittadino straniero rilevante di per se ma il fatto di vivere o meno in Paesi in cui ci sono problemi nelle politiche di acquisizione della cittadinanza, diritti elettorali, le libertà politiche e le politiche anti-discriminazione.

Conclusioni

Se è vero che lo status di cittadino straniero influenza negativamente la salute per i Paesi analizzati tra cui l'Italia, è altresì vero che lo status di cittadinanza non appare influenzare autonomamente la salute, quanto agire in maniera mediate dalle Politiche sull'immigrazione e la Concessione di Diritti Civili e Libertà.

Contatto: Margherita Giannoni (m.giannoni@unipg.it)

“So che c'è una legge. Non so altro”. Esperienze di utenti stranieri e operatori sanitari in materia di immigrazione e salute (P)

BARSANTI S.*, CAPITANI G.*, NUTI S.*, MACIOCCO G.°

*Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; °Università di Firenze

Obiettivi

Il progetto “Immigrati e salute. Percorsi di integrazione sociale”, finanziato dalla Regione Toscana, aveva l'obiettivo di realizzare una fotografia dell'accesso degli utenti stranieri ai servizi sanitari regionali, analizzandone modalità e difficoltà, al fine di predisporre risposte organizzative efficaci.

Metodi

Il progetto si è composto di una parte di ricerca quantitativa (analisi dei flussi sanitari SDO, CAP, PS e mappatura dei servizi) e di una parte di ricerca qualitativa, oggetto della presente comunicazione. Sono stati realizzati 16 focus groups con operatori sanitari e amministrativi (uno per ogni Azienda sanitaria o ospedaliera) e 12 focus groups con persone straniere (uno per ogni Azienda sanitaria locale). A questi si sono aggiunte 24 interviste individuali realizzate, con l'ausilio di mediatori culturali, a migranti non italofofoni.

Risultati

La mancanza di informazioni – La principale criticità emersa riguarda la mancanza di informazioni da parte degli utenti migranti sul funzionamento dei servizi sanitari e sulle possibilità di accedervi: appare in modo inequivocabile come la principale, se non unica, fonte di informazione sia il passaparola tra connazionali, in assenza di altre fonti facilmente individuabili e utilizzabili. Gli utenti stranieri appaiono estremamente confusi in termini di diritto di accesso ai servizi sanitari, soprattutto per quanto riguarda la situazione degli irregolari. D'altra parte, la scarsa conoscenza della normativa è una criticità significativa anche per quanto riguarda gli operatori. Emerge poi una diffusa difficoltà a far circolare le informazioni all'interno delle Aziende Sanitarie e, più ancora, di individuare figure di riferimento/responsabilità sul tema. Altri ostacoli all'accesso – La corretta fruizione dei servizi può essere ostacolata anche da barriere di tipo economico: nei racconti dei migranti, si ripetono episodi di rinuncia alle prestazioni legati al costo del ticket. Gli orari di apertura e la lontananza dal domicilio delle strutture rappresentano un altro importante ostacolo, soprattutto per le donne.

Uso tardivo e/o improprio dei servizi – La disinformazione dei migranti e le loro difficoltà ad orientarsi determinano in molti casi un accesso non tempestivo ai servizi, facilmente orientato ai servizi di emergenza-urgenza, certamente gratuiti, identificabili e sempre accessibili. Le difficoltà di comunicazione. Gli utenti che ne hanno usufruito giudicano fondamentali (ma non sufficientemente presenti) i servizi di mediazione culturale. La maggior parte dei migranti ascoltati, pur se non in grado di parlare italiano, non ha però incontrato mediatori nei servizi. Tra gli operatori si registra infatti un sottoutilizzo della mediazione aziendale e un largo utilizzo della mediazione impropria (parenti/accompagnatori dell'utente), legato a una possibile sottovalutazione del rischio di incomprensioni.

Conclusioni

Le raccomandazioni emerse riguardano principalmente la necessità di un coordinamento regionale, che garantisca omogeneità e ottimizzazione degli interventi a livello aziendale e che sappia intraprendere strategie efficaci per aumentare l'health literacy delle popolazioni migranti. È importante che le singole aziende individuino una équipe che possa occuparsi delle tematiche interculturali e che coordini l'utilizzo di strumenti di facilitazione (testi tradotti, servizi di mediazione). È fondamentale promuovere la formazione degli operatori sanitari, agendo in modo coordinato a livello regionale e attuare interventi di promozione della salute delle comunità straniere presenti sul territorio.

Contatto: Sara Barsanti (s.barsanti@sssup.it)

Gli infermieri e la Legge Sicurezza. Indagine sul livello di conoscenza della normativa (P)

CORTESI I., MECUGNI D., IEMMI M., GRADELLINI C.

Università di Modena e Reggio Emilia (CdL Infermieristica) Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova

Obiettivi

Il Decreto Sicurezza del febbraio 2009, divenuto Legge 94, Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, è stato ampiamente dibattuto; l'elemento principale, che ha toccato da vicino le professioni della salute, è stato la proposta di abrogazione del divieto di segnalazione della persona immigrata in condizione di irregolarità, contenuto nel Decreto Legislativo 286 del 1998 (TU). Dopo lunghi dibattiti e mobilitazioni da parte degli addetti ai lavori, ampiamente documentati da tutti i mezzi dell'informazione, l'approvazione definitiva della legge ha introdotto il reato di clandestinità con dovere di denuncia all'autorità giudiziaria, ma ha mantenuto l'esenzione, a tale obbligo, degli operatori sanitari e dei presidi della scuola dell'obbligo. Il quadro normativo lascia un margine di ambiguità: l'obbligo di denuncia non esclude medici e infermieri, in quanto pubblico ufficiali/incaricati di pubblico servizio, ma la persistenza in vigore dell'articolo del TU vieta la denuncia, per queste figure professionali. Tali elementi lasciano dubbi in merito all'effettiva conoscenza di quanto sopra, da parte degli operatori della salute. L'obiettivo della ricerca è di analizzare la conoscenza degli infermieri riguardo la normativa vigente che regola l'accesso alle prestazioni per gli stranieri irregolari.

Metodi

Somministrazione di un questionario strutturato ex novo e testato su un gruppo di infermieri ospedalieri, estraneo al campione. L'indagine si è svolta su un campione di duecento infermieri ospedalieri selezionati con modalità random.

Risultati

Dai cinquantatré questionari rientrati, la maggior parte degli infermieri riferisce contatti con la popolazione immigrata con frequenza giornaliera (62%). Il 25% degli infermieri è a conoscenza della nuova legge; il 47% riferisce di conoscere la legge parzialmente; il 28% di non esserne a conoscenza. Quasi il 70% degli infermieri ha ricevuto informazioni dai media. Alla domanda che indaga a quali figure professionali la legge fa riferimento, il 51% ha risposto "medico, in quanto pubblico ufficiale, e infermiere in quanto incaricato di pubblico servizio". Il 24% risponde che la nuova legge riguarda solo il medico. Il 26% riporta che il paziente irregolare, in accesso ai servizi, è tenuto a esibire i propri documenti, il 40% risponde che non esiste tale obbligo; per il 15% non c'è chiarezza sull'argomento. Il 17% dichiara l'obbligo, da parte degli operatori, di segnalare lo straniero irregolare, il 19% risponde che è prevista segnalazione solo in caso di obbligatorietà di referto, il 64% riferisce mancanza di chiarezza. L'81% degli infermieri, dunque, non è a conoscenza delle predisposizioni della legge e a conferma di ciò, solo tre infermieri su cinquantatré si ritengono adeguatamente informati (6% versus 92%).

Conclusioni

Nonostante i riferiti contatti quotidiani con la popolazione immigrata, solo un quarto del campione riferisce di conoscere la regolamentazione agli accessi prevista dalla legge in oggetto. Solo il 19% degli infermieri è a conoscenza di quanto previsto dalla legge effettiva concernente l'accesso alle prestazioni. La poca responsività del campione (rientro del 26.5% dei questionari) reca un'ulteriore riflessione relativa a un'ulteriore sottostima del dato: è, infatti, possibile che gli operatori che hanno collaborato siano in un qualche modo maggiormente interessati (dunque informati) sull'argomento.

Contatto: Cinzia Gradellini (gradellini.cinzia@asmn.re.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Conoscenze degli studenti in medicina sull'obbligo di segnalazione e sulle possibilità assistenziali dei migranti (P)

RINALDI A., CIVITELLI G., MARCECA M.

Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Obiettivi

All'interno del Corso di Metodologia Medico-Scientifica Integrata, che comprende gli insegnamenti riconducibili alla Sanità Pubblica, del Corso di Laurea "C" in Medicina e Chirurgia dell'Università Sapienza di Roma, si è inteso verificare il livello di corretta conoscenza tra gli studenti di alcune dimensioni relative all'assistenza delle persone straniere in Italia. Il docente responsabile del Corso nell'anno accademico considerato (2010/2011) aveva infatti affrontato specificamente il tema durante le lezioni.

Metodi

In occasione della prova scritta prevista, insieme ad una orale, per sostenere l'esame finale del Corso, sono state alternativamente inserite due domande a risposta multipla chiusa. Per ogni domanda erano previste 5 possibili risposte, di cui solo una corretta. La prima domanda indagava quale debba essere il comportamento dei servizi e dei professionisti nel caso che uno straniero temporaneamente presente (STP – irregolare e clandestino) acceda ad un Pronto Soccorso, venga ricoverato o usufruisca di una qualunque prestazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn). La domanda intendeva verificare la corretta comprensione delle norme vigenti circa il divieto di segnalare all'autorità di polizia il paziente, se straniero irregolare, con l'eccezione dei casi di obbligo di referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. La seconda domanda chiedeva se, per lo straniero che ha diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssn, questa sia estesa anche ai familiari. La domanda intendeva verificare la corretta comprensione delle norme vigenti circa l'estensione della copertura sanitaria ai familiari, purché regolarmente presenti in Italia e a carico. Sono stati riportati e analizzati su foglio Excel i risultati di 203 esami scritti, di cui 163 contenevano la prima domanda e 40 la seconda domanda.

Risultati

Hanno risposto correttamente alla prima domanda il 74% degli studenti cui questa era stata sottoposta (121 su 163); il 26% (42 su 163) ha invece fornito una risposta non corretta. Hanno risposto correttamente alla seconda domanda il 70% degli studenti cui questa era stata sottoposta (28 su 40); il 30% (12 su 40) ha invece indicato una delle risposte sbagliate. Ulteriori analisi (ad es. la disaggregazione delle risposte per genere e la correlazione tra esito delle domande di interesse ed esito complessivo dell'esame) saranno presentate durante il Congresso.

Conclusioni

Pur trattandosi di una indagine con evidenti limiti (primo fra tutti l'impossibilità di verificare in modo affidabile se ogni studente incluso nell'indagine avesse partecipato alla lezione in cui erano stati trattati i diritti assistenziali delle diverse tipologie di stranieri nel nostro Paese), suscita una certa impressione il fatto che una percentuale non indifferente (da 1 su 4 a quasi 1 su 3) degli studenti che avevano compilato l'elaborato dell'esame scritto, abbia dimostrato una non corretta conoscenza delle disposizioni attualmente in vigore in Italia. Considerato che si tratta comunque di una popolazione particolarmente selezionata di giovani, universitari e per di più iscritti ad una Facoltà in cui interesse per l'assistenza sanitaria dovrebbe essere maggiore, le risposte fornite sembrano suggerire l'importanza di riprendere e potenziare lo sforzo per una corretta e completa comunicazione pubblica sulle possibilità assistenziali (in termini di diritti e di doveri) previste per gli immigrati.

Contatto: *Alessandro Rinaldi* (alerinaldi84@gmail.com)

Misurare disuguaglianze di salute e l'equità dei sistemi regionali nei confronti della popolazione migrante nelle regioni italiane: risultati di un progetto di ricerca condotto da PEHRG (P)

GIANNONI M.*, FAVILLI V.*, CASUCCI P.^o, CHECCONI O.^o, ISMAIL Z.[#], FANINI V.*, BINI S.*, FEDERICI P.*, BRUSCO C.[§], POCETTA G.[^], MANCINELLI E.[^], BRIZIARELLI L.[^]

*PEHRG-Dipartimento di Economia Finanza e Statistica dell'Università degli Studi di Perugia; ^oPEHRG-Regione dell'Umbria; [^]PEHRG-Dipartimento di Specialità Medico chirurgiche e Sanità Pubblica Università degli Studi di Perugia; [#]PEHRG-Pirimiti Rural Hospital (Malawi) e Regione dell'Umbria; [§]PEHRG-Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

Obiettivi

L'obiettivo è quello di misurare la performance dei sistemi sanitari delle regioni italiane in termini di capacità di garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e ad affrontare le disuguaglianze sanitarie vissute dalla popolazione migrante in Italia. Questa ricerca è stata condotta dall'Università di Perugia e la Regione Umbria per l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) durante il periodo 2008-2011.

Metodi

La ricerca è stata sviluppata lungo tre fasi. In primo luogo, una revisione sistematica della letteratura sulla salute e l'accesso alle disuguaglianze sanitarie vissute dalla popolazione migrante in Italia. Sulla base delle evidenze disponibili tassi standardizzati per età e sesso di ospedalizzazione per 1000 abitanti sono stati calcolati per ciascuna regione italiana mettendo a confronto i valori stimati per la popolazione con cittadinanza italiana con quelli relativi alla popolazione straniera. I tassi sono stati calcolati anche per gruppi di cittadini stranieri provenienti dai PFP (Paesi a Forte Pressione Migratoria) confrontandoli con i PSA (Paesi a Sviluppo Avanzato). I tassi di degenza sono stati calcolati sia a livello generale (ricovero ordinario e in day hospital), nonché per specifiche condizioni/interventi, quali: HIV, tubercolosi, disturbi psichiatrici, abuso di alcol, l'aborto volontario, cardiovascolari (infarto miocardico), diabete, infezioni polmonari, ecc. Infine, per poter valutare i risultati sulla base delle politiche adottate dalle Regioni, è stata condotta una revisione delle politiche volte a combattere le disuguaglianze di salute e accesso alle cure sanitarie per la popolazione migrante adottate dalle regioni utilizzando un questionario somministrato alle regioni in 9 regioni italiane, guardando alle specifiche best-practice a livello locale.

Risultati

I risultati mostrano che ci sono profonde disuguaglianze nella fruizione dei servizi ospedalieri a confrontando gli stranieri con la popolazione autoctona. In particolare, i cittadini stranieri provenienti da Paesi extra-UE caratterizzati da grandi flussi migratori verso l'Italia registrano tassi di degenza sistematicamente più elevati, soprattutto per ricovero generale e ordinario. Inoltre, standardizzando per sesso ed età, più alti tassi di utilizzo risultano non solo per i problemi di salute tipici che interessano popolazione migrante, quali l'HIV, tubercolosi ecc., ma anche per i comportamenti correlati alla salute, povertà ed esclusione sociale, come il consumo di alcol. Infine, gli stranieri di mezza età tendono a registrare un andamento simile di utilizzo per le malattie croniche rispetto alla popolazione locale.

Conclusioni

Esiste una notevole variabilità oltre a forti disuguaglianze nell'uso dei servizi ospedalieri tra stranieri e italiani. Questo fatto può essere spiegato dalla variabilità osservata nelle politiche regionali nel combattere le disuguaglianze di salute e di assistenza sanitaria e dalla diversa organizzazione sanitaria delle stesse.

Contatto: Margherita Giannoni (m.giannoni@unipg.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Migranti cinesi e filippini mettono in crisi la sindrome del General Hospital (P)

CARRILLO D., SARLI A.

Fondazione ISMU

Obiettivi

La ricerca ha avuto l'obiettivo di investigare le condizioni di salute, le concezioni e i comportamenti in ambito sanitario dei migranti cinesi e filippini residenti nella provincia di Milano. Il risultato è stato ottenuto analizzando le loro conoscenze, percezioni e modalità d'utilizzo del sistema sanitario italiano ed evidenziando leve strategiche, criticità e sfide aperte per rispondere adeguatamente ai bisogni di quest'utenza. Si è trattato di far luce su argomenti non ancora sufficientemente esplorati, come dimostra la carenza di contributi scientifici che affrontino tematiche sanitarie con specifico riferimento alle comunità cinese e, ancor più, filippina.

Metodi

L'indagine, condotta tra settembre 2011 e febbraio 2012, si è avvalsa di una metodologia qualitativa, che ha combinato la somministrazione di 100 questionari a migranti cinesi e filippini (50 per ogni gruppo) con la realizzazione di 2 focus group con testimoni privilegiati appartenenti alle comunità in questione, oltre alla raccolta di alcune interviste in profondità: 10 a operatori psico-socio-sanitari e 7 a policy-maker. La survey, realizzata grazie alla collaborazione con 4 mediatori linguistico-culturali (2 filippini e 2 cinesi) incaricati della somministrazione dei questionari ed interpellati in fase di analisi dei dati, ha messo a fuoco alcuni nodi problematici, che sono stati approfonditi e sciolti nella successiva fase qualitativa.

Risultati

La ricerca ha mostrato come, pur attuando strategie molto diverse di adattamento alla società ricevente, le comunità in esame presentino atteggiamenti per certi aspetti simili nei confronti del sistema sanitario nazionale: i tratti che le accomunano si riferiscono innanzitutto al ridotto utilizzo dei servizi socio-sanitari; secondariamente, alla difficoltà ad esprimere i propri bisogni; in terzo luogo, alla capacità di "non mostrarsi" ai servizi, grazie all'utilizzo di una medicina altra – se non sul piano del sistema di cura, senz'altro su quello del network di riferimento – che tende a sfuggire al controllo nazionale. In effetti, l'invisibilità e la dimensione prevalentemente intra-etnica, che caratterizzano il modello di integrazione della comunità cinese e filippina, risultano essere tra i principali fattori che influenzano i comportamenti di questi migranti in ambito sanitario, contraddistinti da uno scarso livello di comunicazione e fiducia nei servizi e dalla tendenza a ricorrere a strategie di cura avulse dal sistema sanitario nazionale e basate su pratiche transnazionali o sul ricorso ad un sistema di cura parallelo, interno alla comunità.

Conclusioni

L'interesse di questo studio risiede dunque primariamente nel fatto di attrarre l'attenzione su una questione che avrebbe corso il rischio di restare nell'ombra, poiché i bisogni sanitari di queste popolazioni, ancorché estremamente pressanti, tendono a non arrivare all'attenzione della società italiana e del sistema sanitario nazionale e ad essere affrontati autonomamente, con modalità spesso inefficaci. In effetti, concentrato nello sforzo di rispondere più adeguatamente ai bisogni di quegli utenti migranti che sono particolarmente visibili all'interno dei servizi, nel tentativo di perseguire un più alto grado di universalismo, il sistema sanitario italiano non ha previsto una strategia efficace e sistematica volta a migliorare i livelli di conoscenza e fiducia da parte di quelle popolazioni migranti che, essendone prive, tendono a non rivolgersi ai servizi.

Contatto: Daniela Carrillo (d.carrillo@ismu.org)

SDI – Servizio Disabilità e Immigrazione del Progetto Prisma – per le Relazioni d’Aiuto (P)

FOGGETTI C., ELIA O., ROBLEDO E., MORANDI G.

Comune di Torino – Direzione Centrale Politiche Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie; Associazione Verba Onlus

Obiettivi

Prisma nasce dall’analisi dei bisogni e dalla mappatura delle risorse presenti sul territorio per rispondere con efficacia e flessibilità alle esigenze dei cittadini con disabilità fisico-motoria. È un progetto integrato che muta per adattarsi alle nuove condizioni e disegnare nuove proposte per la cittadinanza. Per questi motivi, gli operatori non hanno potuto non considerare il sempre crescente numero delle persone migranti presenti a Torino (i dati Istat 2011 riportano l’8% di immigrati regolari e circa il 13,4% di irregolari contro il 5,7% di regolari registrati nel 2008 quando viene avviato SDI) che ha inevitabilmente significato anche l’aumento di stranieri in condizione di disabilità con tutte le necessità di assistenza socio-sanitaria e terapeutica. L’obiettivo generale è quello di promuovere la salute in un’ottica di empowerment tra le diverse comunità straniere ponendosi come raccordo tra queste e i servizi socio-assistenziali e sanitari della città svolgendo un’azione di advocacy per il diritto alla salute dei migranti e garantendo la corretta applicazione della normativa specifica.

Metodi

Prisma nasce dall’intesa tra il Servizio Passepartout – Coordinamento Interventi e Servizi Integrati per la disabilità fisico-motoria del Comune di Torino e l’Associazione Verba in qualità di capofila di una rete di associazioni per la disabilità fisico-motoria. In accordo con quanto stabilito dalla L. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), pubblico e privato sociale collaborano in una continua coprogettazione al fine di offrire servizi il più possibile vicini alle reali esigenze dei cittadini. Quanto al metodo, gli operatori si avvalgono prevalentemente della peer education (particolarmente utilizzata nell’ambito della promozione della salute per potenziare conoscenze, atteggiamenti e competenze che consentono di compiere scelte responsabili e consapevoli riguardo la salute) e della consulenza alla pari (relazione d’aiuto che si avvale della competenza di persone con disabilità che dispongono di conoscenze derivate sia dall’aver vissuto l’handicap, sia dalla competenza pedagogica acquisita a seguito di specifiche formazioni). All’analisi dei bisogni (che avviene utilizzando le metodologie sopra descritte, evitando passaggio di documenti) fa seguito il lavoro di rete: tutti gli attori partners, ognuno per la propria competenza specifica, intervengono per costruire soluzioni insieme alla persona.

Risultati

Nel 2011 sono state seguite 155 persone migranti di cui 55 uomini, 48 donne adulti e 52 minori con importanti problematiche sanitarie connesse ad una patologia invalidante. Di queste, il 48% era in possesso di un regolare permesso di soggiorno utile per rientrare nei circuiti socio-assistenziali della città (che contano, nel 2011, 4.259 interventi a sostegno e supporto delle persone disabili), mentre il 56% poteva usufruire solo dell’accesso alle cure mediche urgenti.

Conclusioni

La partecipazione delle associazioni di migranti è fondamentale nell’ottica della promozione della cittadinanza attiva e dell’autodeterminazione. La presenza di operatori non italiani allo sportello abbatte le barriere della diffidenza e della vergogna e consente alle persone migranti di chiedere e ricevere aiuto con maggiori fiducia e serenità. La presenza di mediatori, inoltre, permette di affiancare al lavoro degli operatori la competenza di una persona che non solo parla la stessa lingua (e parlare la propria lingua vuol dire parlare al cuore; e parlare al cuore vuol dire sentirsi a casa – I. Curti) ma anche si avvale degli stessi parametri culturali con i quali affrontare ed elaborare la malattia, la salute, la disabilità.

Contatto: *Claudio Foggetti (claudio.foggetti@comune.torino.it)*

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Accesso ai servizi di assistenza primaria e continuità assistenziale: dati preliminari di un campione di popolazione afferente al Poliambulatorio dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma (P)

BRUNO S.*, SILVESTRINI G.*°, FEDERICO B.∧, MORUCCI L.°, MAISANO B.°, GERACI S.°, DAMIANI G.*

*Istituto di Igiene – Facoltà di Medicina e Chirurgia "A: Gemelli" – Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma;

∧Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute – Facoltà di Scienze Motorie dell'Università degli Studi di Cassino; °Area sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

È ormai condiviso che, per le popolazioni in condizioni di emarginazione sociale, l'accessibilità e la continuità assistenziale ai servizi di primo livello, nonché la continuità terapeutica siano determinanti nel garantire un buono stato di salute. Perciò, la riduzione delle barriere di accesso ai servizi rappresenta una sfida se ci si rivolge a popolazioni in condizioni socio-economicamente svantaggiate. Il Poliambulatorio dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma lavora per garantire servizi sanitari a bassa soglia di accesso ai migranti in condizioni di irregolarità e ai senza dimora. Valorizzando i dati di oltre 20 anni di attività, al fine di studiare il comportamento dei pazienti che afferiscono al poliambulatorio e di comprendere il peso delle variabili che impattano sull'accesso e sulla continuità, è stata studiata la fidelizzazione alla struttura in relazione ad alcune caratteristiche socio-demografiche, in una popolazione temporalmente definita.

Metodi

Sono stati selezionati i pazienti che hanno effettuato il loro primo accesso dal 1 gennaio al 31 dicembre 2009. Sulla base dei dati provenienti dalle cartelle ambulatoriali (variabili socio-demografiche e cliniche) è stato analizzato il comportamento in termini di utilizzo del servizio e di continuità nell'accesso, dal primo contatto fino al maggio 2012. Sono state condotte analisi descrittive suddividendo i pazienti per età, sesso e provenienza.

Risultati

Nel corso del 2009, 1680 pazienti hanno effettuato una prima visita, 64.17% di genere maschile. La cittadinanza romena è la più rappresentata (21.50%). Il 13.17% dei pazienti proviene invece dall'Africa occidentale. Il 5.54% dei pazienti è italiano. L'età media della popolazione studiata è 35.51 anni (DS +/- 14.00). Il 14.69% dei pazienti risulta senza dimora e il 27.65% ospite di un centro di accoglienza al primo accesso. Per quanto riguarda il comportamento in termini di accesso, il 50% del campione ha effettuato almeno 2 visite, con una media di 3.37 visite (DS +/- 5.02) nel periodo considerato. Le donne hanno effettuato in media 3.8 visite nel periodo di osservazione mentre gli uomini 3.1. Considerando le classi di età, i pazienti con più di 45 anni effettuano un numero medio di visite maggiore (4.8) rispetto ai pazienti più giovani (<25 anni: 2.5; 25-34: 2.9; 35-44: 3.3). Sulla base delle regioni di provenienza, i pazienti che effettuano un maggior numero di visite sono romeni e bulgari, in media 4.0, e pazienti provenienti dal Sud-Est Asiatico (3.8). Mentre i valori più bassi sono rappresentati dai soggetti provenienti dall'Africa Orientale (2.6). Il tempo mediano che intercorre tra la prima e la seconda visita è di 15 giorni e di 52 tra la prima e la terza.

Conclusioni

Dai dati analizzati emerge come la continuità terapeutica per tale tipologia di pazienti rappresenti un'importante sfida e appare fondamentale lo studio delle variabili che influenzano tale situazione. Esse sono da ricercarsi nelle condizioni demografiche e sociali di queste popolazioni, nei provvedimenti legislativi che ne condizionano lo status, in ragioni culturali proprie di ciascun individuo. L'identificazione del peso di ciascuna variabile potrà suggerire indicazioni organizzative coerenti con l'obiettivo di una riduzione delle disuguaglianze nell'accesso e nella salute.

Contatto: Stefania Bruno (bruno_stefania@rm.unicatt.it)

Città senza dimora: indagine sulle strade dell'esclusione (P)

BASSETTI A., BARBIERI A., BENEDETTI G., DIRINDELLI P., FRANCIANI C., PECA M.R., PETRI P., RIVEIRA W.H., SCARSELLI F., ZANCHETTA M.

Medici per i Diritti Umani Onlus

Obiettivi

Consentire alle persone senza fissa dimora di usufruire di un servizio di prima assistenza sanitaria su strada; avvicinare le persone senza fissa dimora al servizio sanitario pubblico; realizzare un monitoraggio sulle condizioni socio-sanitarie e la sorveglianza epidemiologica delle persone senza fissa dimora; fornire alle persone senza fissa dimora informazioni e orientamento sul diritto alla salute e sugli altri diritti fondamentali e sulle modalità di accesso al SSN; sostenere gli utenti senza fissa dimora nel divenire soggetto di progettazione e di azione attraverso la valorizzazione della risorsa intrinseca e il rafforzamento delle occasioni di autonomia.

Metodi

A Firenze e a Roma l'unità di strada di Medici per i Diritti umani offre un servizio itinerante di assistenza psico-socio-sanitaria ai senza fissa dimora. Gli operatori di MEDU, raggiungendo gli utenti direttamente presso le loro abitazioni, offrono un servizio di assistenza medica, di informazione sul diritto alla salute e sulle modalità di accesso alle cure. Attraverso la compilazione di una scheda clinica e di un questionario socio-sanitario sono stati registrati dati relativi al profilo epidemiologico e all'accesso ai servizi sanitari. Un lavoro antropologico di ricerca qualitativa è stato utilizzato per indagare le principali difficoltà di accesso alle strutture del SSR.

Risultati

Nel periodo compreso tra ottobre 2010 ed aprile 2011, nelle città di Roma e Firenze, MEDU ha portato assistenza a persone senza fissa dimora costrette a vivere a cielo aperto, in baracche costruite con materiali di fortuna, sotto capannoni con coperture in eternit, nelle stazioni ferroviarie, in case occupate e in critiche condizioni igienico-sanitarie. A Roma e a Firenze sono state effettuate 103 uscite e 606 visite mediche su 513 pazienti. La maggioranza dell'utenza è risultata di sesso maschile. A Firenze quasi la metà dei pazienti ha cittadinanza rumena ed è priva dei requisiti per un soggiorno regolare. A questi si aggiunge un 24% di profughi provenienti dalla Somalia, titolari di permesso di soggiorno per richiesta asilo, status di rifugiato o protezione sussidiaria. Circa il 50% degli utenti non risulta in possesso di nessun documento sanitario, percentuale che sale al 64% tra i rom. A Roma la popolazione straniera, si suddivide in parti pressoché uguali tra migranti irregolari non comunitari, rifugiati e cittadini comunitari non in regola con le norme sul soggiorno, provenienti per lo più da Romania e Polonia. I rifugiati arrivano a superare il 40% del totale. Sia a Roma sia a Firenze le patologie più frequenti (circa il 40%) classificati secondo ICD9CM sono a carico dell'apparato respiratorio e gastrointestinale, legate alle precarie condizioni igienico-sanitarie e abitative. Tra le patologie croniche, i sospetti diagnostici più frequentemente rilevati riguardano la malattia del sistema circolatorio e dell'apparato digerente.

Conclusioni

Le persone senza fissa dimora incontrate dall'unità mobile di MEDU sono soprattutto cittadini stranieri. Le problematiche relative all'accesso alle cure (barriere linguistiche, burocratiche, normative) hanno influito negativamente sia sulla salute sia sul rapporto di fiducia nei confronti delle Istituzioni, soprattutto sulle fasce di popolazione più deboli come le donne, i minori e i pazienti con malattie croniche.

Contatto: Andrea Bassetti (andbassetti@asf.toscana.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Ricerca-azione per il coinvolgimento attivo dei rom nella promozione della salute (P)

MOTTA F., RICORDY A., TREVISANI C.

Area sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Nell'ambito del progetto di promozione della salute "ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma", finanziato attraverso il Fondo Europeo per l'Integrazione dei Cittadini di Paesi Terzi e realizzato nell'anno 2011-2012, uno degli obiettivi specifici era di coinvolgere in forma attiva le comunità rom di riferimento al fine di promuovere la responsabilizzazione e l'autonomia nella fruizione del diritto alla salute, intesa come punto di partenza per un processo di inclusione. Il progetto è stato coordinato dalla Caritas di Roma, in partenariato con l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) e ha visto come sostenitori l'Azienda Sanitaria Locale Roma D e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

Metodi

L'intervento era destinato ai rom non comunitari presenti sul territorio della ASL Roma D, nello specifico le comunità di rom slavi dei campi ufficiali di Candoni e Ortolani, due realtà diverse sia numericamente che rispetto alla particolare dimensione socio-abitativa. Inizialmente si pensava di riuscire a coinvolgere le comunità rom attraverso l'individuazione di mediatori di salute interni ai gruppi che, una volta formati, avrebbero svolto il ruolo di referenti per orientare il resto della popolazione ai servizi sanitari territoriali. Tale approccio si è presto rivelato inadeguato in quanto costituisce un esito, piuttosto che un elemento causale del processo di partecipazione. Si è imposta quindi la necessità di ridefinire la strategia di intervento, provando a sperimentare soluzioni alternative per promuovere il coinvolgimento dei rom; soluzioni che fossero più adatte alla specificità dei contesti ed efficaci nel produrre effetti duraturi, procedendo in modo differenziato nei due insediamenti per rispondere agli stimoli emersi in seguito a una prima fase di conoscenza. Nel caso di Candoni, è stato avviato uno Sportello salute, in sinergia con il privato sociale che opera nel campo, per rilevare i bisogni, orientare ai servizi ed entrare in relazione. Sono stati seguiti i casi più complessi e delicati e realizzate sessioni di educazione sanitaria rivolte alle donne e gestite da personale di ambulatori e consultori territoriali. Ad Ortolani, grazie alla stretta collaborazione con i volontari che da anni svolgono attività di doposcuola, è stato realizzato un laboratorio artistico-teatrale sui temi della salute, destinato ai minori del campo, pensati come indiretti promotori di salute e potenziali agenti di cambiamento per l'intera comunità attraverso la messa in scena di uno spettacolo finale rivolto a parenti e amici.

Risultati

Comprensione e approfondimento di alcuni temi specifici propri del mondo rom, come il coinvolgimento, la partecipazione attiva e la rappresentanza.

Buon coinvolgimento dei beneficiari facendo leva sulle motivazioni individuali e sulle risorse esistenti all'interno delle comunità. Conferma di un approccio metodologico fondato sull'incontro diretto tra rom e gagé e sul lavoro di rete.

Conclusioni

Bisogna sempre procedere con flessibilità per adeguare l'intervento e le azioni ai bisogni reali e alle risorse esistenti sia in termini di disponibilità e partecipazione dell'utenza, sia per quanto riguarda la rete di servizi e interventi già attivi. Nello specifico, per favorire il coinvolgimento delle comunità rom sui temi della salute si consiglia: la relazione attenta ai tempi e modi del mondo rom; la risposta puntuale alle priorità individuate dalle persone con un bisogno di salute; la promozione di attività concrete e fattibili per le persone oggetto dell'intervento.

Contatto: Fulvia Motta (salute.romsinti@caritasroma.it)

Ambulatorio immigrati Gialuma – Distretto RMH2 (P)

MANNOCCI L., LAPRESA M., ROMANI R., CATALANO A.

Ambulatorio immigrati Gialuma – Distretto RMH2

Obiettivi

In questo elaborato verrà descritta l'attività di "Medicina di base" svolta dai medici di Gialuma onlus in 7 anni di attività del tutto gratuita nel Distretto RMH2 a favore degli immigrati irregolari ivi domiciliati. Lo spirito di solidarietà che ha dato il via all'azione assistenziale scaturiva dalla consapevolezza di promuovere il diritto alla salute quale diritto assoluto di ogni essere umano nel rispetto della sua dignità, pertanto risultava necessario creare sul territorio un servizio sanitario gratuito e di facile fruibilità per coloro che per la condizione di "irregolarità" che si trovavano e si ritrovano a vivere risultano a tutt'oggi non assistibili rispetto ad una richiesta continuativa di salute e con possibilità di assistenza immediata soltanto c/o i PP.SS. ospedalieri di cui ben conosciamo i tempi d'attesa per il sovraccarico lavorativo.

Metodi

Adottando una progettualità specifica nell'ambito della medicina preventiva interculturale che potesse essere culturalmente compatibile e, nel contempo, coerente con le indicazioni di maggior evidenza di criticità socio-sanitaria (per esempio prevenzione dell'IVG, degli incidenti sul lavoro, delle strategie per migliorare la compliance e prevenire la trasmissione di malattie infettive). Così, nell'estate 2006 veniva istituito l'ambulatorio STP gestito da medici volontari di Gialuma sensibilizzati e formati per l'assistenza agli immigrati. Tutti gli immigrati irregolari pervenuti c/o il servizio sono stati registrati acquisendo dati anagrafici ed anamnestici e sono stati sottoposti a visita medica generale. In base alle esigenze scaturite, sono state effettuate prescrizioni farmacologiche ed eventuali accertamenti specialistici su appositi ricettari regionali forniti dalla ASL, oppure sono stati indirizzati verso strutture di II° livello. Secondo i casi, sono state fornite informazioni di educazione sanitaria, nozioni relative alle patologie più comuni e su quelle facilmente diffusibili, sulla necessità e modalità di vaccinazione dei bambini. Quando necessario è stato fornito un supporto psicologico che potesse in minima parte supplire all'assenza della rete familiare.

Risultati

In 7 anni di attività, fornendo un servizio un pomeriggio la settimana, è stato costituito un polo di osservazione ed intervento sanitario sul territorio. Sono state effettuate circa 2000 visite a pazienti di età compresa tra 0 e 70 anni, con prevalenza di donne in età fertile e bambini. Le patologie riscontrate, eccezion fatta per pochissimi casi di tubercolosi in adulti, non differivano da quelle degli autoctoni.

Conclusioni

In conclusione possiamo affermare che grazie all'attività dei medici volontari, Gialuma è riuscita ad intraprendere un lavoro di approfondimento e studio dei problemi della popolazione irregolarmente immigrata mediante una metodologia tipica dei centri di ascolto in cui si incontrano persone che vivono in uno stato di disagio: fornendo accoglienza, ascolto, prima risposta, orientamento, promozione di servizi solidali: in senso più complessivo lettura della povertà. Ha rafforzato i rapporti con le strutture sanitarie e di emergenza già presenti sul territorio. Ha attivato servizi sociali all'interno ed all'esterno del comune d'intervento creando altresì una piccola rete di colleghi specialisti sufficientemente sensibilizzati e disponibili sul territorio. Ha offerto agli immigrati irregolari una risposta, anche se modesta, alla loro domanda di salute.

Contatto: Luana Mannocci (mannoccluana@tiscali.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Evoluzione dei bisogni di salute in un ambulatorio di medicina generale per immigrati (1986-2011) (P)

DI NICOLA A., GERACI S., MAISANO B., ARRIVI F.

Area sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Indagare sui bisogni di salute e sulla loro evoluzione nel tempo mettendo a confronto tre campioni di popolazione che si sono rivolti all'ambulatorio di primo livello della Caritas di Roma.

Metodi

Si sono prese in esame 10782 schede relative a pazienti che si sono presentati per la prima volta presso l'ambulatorio nei bienni 1986-1987, 2003-2004 e 2010-2011. Si sono analizzate le variabili demografiche e le diagnosi codificate secondo la classificazione ICD-9-CM, 1997, utilizzando soltanto i codici numerici da 001 a 999 ed escludendo la classificazione V. In fase di analisi non si è seguita fedelmente la suddivisione in 17 capitoli dell'ICD-9-CM, in quanto alcuni, per una migliore interpretazione dei dati e per evidenziare distorsioni, sono stati ulteriormente suddivisi. Le diagnosi sono state quindi aggregate in base a 23 raggruppamenti che, con l'esclusione della patologia di tipo odontoiatrico e perinatale, si sono ridotte a 21.

Risultati

Si è osservata una notevole variabilità del continente di origine, prevalendo la provenienza africana nel primo biennio e quella europea nei successivi. La suddivisione dell'Africa e dell'Asia per macroregioni mostra che la provenienza non è uniformemente distribuita tra le macroaree e che negli anni si sono verificati cambiamenti delle frequenze relative a ciascuna regione. La distribuzione di frequenza per fasce di età e la frequenza cumulativa mostrano un progressivo spostamento della popolazione verso età più adulte. Netta la prevalenza maschile nei bienni 1986-1987 e 2010-2011, a fronte di una maggiore presenza femminile nel 2003-2004. Il rapporto maschi/femmine, calcolato per continente e per macroregioni, dimostra che la composizione per genere è estremamente variabile nei sottocampioni. Si sono elaborate 11.579 diagnosi. Le malattie più spesso riscontrate nei tre bienni sono a carico dell'apparato respiratorio (19,81%, 16,33%, 15,99%); molto frequenti, soprattutto nei due bienni più recenti, sono le patologie osteoarticolari (8,89%, 14,07%, 14,6%) e le diagnosi appartenenti al raggruppamento "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (10,98%, 11,02%, 14,11%). Sono molto diffuse in tutto il campione le affezioni dermatologiche (8,64%, 10,21%, 8,33%). Ben rappresentate, seppure in diminuzione, sono le patologie a carico dell'apparato digerente (13,40%, 10,35%, 8,2%). Nel 2010-2011 si è osservata una significativa diminuzione della frequenza relativa delle malattie infettive (13,14%, 6,69%, 4,55%). Abbastanza diffusa la patologia psichiatrica (0,68%, 3,70%, 2,71%), con solo rare diagnosi di psicosi gravi. Da sottolineare la comparsa con crescente frequenza rispetto al primo biennio di patologie endocrino-metaboliche (0,76%, 2,73%, 5,2%) e di pertinenza cardiologica (1,12%, 3,26%, 5,49%). Anche la pur rara patologia tumorale, praticamente inesistente nel primo biennio, nei successivi si è manifestata in un certo numero di casi.

Conclusioni

All'interno di un campione molto eterogeneo emerge fondamentalmente una tendenza che ne provoca una seconda: l'aumento dell'età e il crescente numero di diagnosi di malattie croniche e cronico-degenerative. La transizione epidemiologica evidenziata impone una implementazione delle attività di studio e di ricerca specifica e un potenziamento della capacità degli ambulatori di medicina generale di garantire la continuità assistenziale per una appropriata gestione terapeutica del paziente ma anche una specifica attenzione a fattori di rischio ed a eventuali interventi di prevenzione.

Contatto: Anna Di Nicola (anna.dinicola@tiscali.it)

Migrazione e Salute: analisi dei flussi informativi (P)

COLUCCI A., TAGLIERI F.M., GALLO P., LUZI A.M.

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate. Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi

Il presente lavoro intende riportare le analisi dei flussi informativi prendendo in considerazione due grandi aggregazioni di aree economico-geografiche: i Paesi sviluppati (PSA) e i Paesi a forte pressione migratoria (PFPM). Sono stati analizzati i primi dati nazionali disponibili (anno 2007) grazie al progetto "Migrazione e Salute" (2008-2010), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, promosso e finanziato dal Ministero della Salute.

Metodi

Alcune fonti di dati nazionali, come schede di dimissione ospedaliera (SDO), certificato di assistenza al parto (CEDAP) e Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) hanno permesso di osservare la salute della popolazione migrante (le donne in particolare).

Risultati

Dall'analisi delle SDO emerge che la frequenza più alta di ricoveri in regime ordinario (16%) si riscontra nei maschi provenienti dai PSA (il 95,63% del totale) per malattie cardiache, mentre per i maschi provenienti dai PFPM la frequenza più alta (12%) si ha per malattie dell'apparato digerente. Nei PSA, inoltre, si riscontrano malattie del benessere (per esempio il diabete mellito), per PFPM vengono rilevate malattie infettive (in particolare infezioni da HIV). Per quanto riguarda le donne provenienti dai PSA (età media 51 anni) mostrano principalmente malattie legate al sistema circolatorio (8%) e dell'apparato genito-urinario (8%), mentre per le donne dei PFPM (più giovani, età media 29 anni) si riportano patologie dell'apparato genito-urinario (7%). Nel contesto del day hospital le diagnosi di IVG rappresentano il 40,7% dei dati relativi alle donne provenienti da PFPM, mentre, tra le donne PSA, questa diagnosi è stata riportata solo nel 4,2% dei casi, confermando quanto già osservato in altri studi. I dettagli del CEDAP hanno contribuito a costruire una variabile "rischio di ritardo nel trattamento" che ha permesso il confronto tra donne PSA (prevalentemente italiane) e quelle PFPM. È emerso che le donne dei PFPM che partoriscono in Italia sono più a rischio delle donne dei PSA e che questo rischio diminuisce con l'età. Casalinghe e donne disoccupate sono più a rischio rispetto a donne impegnate nel mondo del lavoro, così come lo sono quelle che hanno un basso livello di istruzione rispetto a quelle che hanno scolarità media. Per quanto riguarda l'IVG è emerso che il ricovero d'urgenza delle donne dei PFPM si conclude più frequentemente con un'interruzione di gravidanza rispetto alle donne dei PSA.

Conclusioni

L'analisi dei flussi informativi ha messo in evidenza le differenze che caratterizzano lo stato di salute di gruppi di persone provenienti da diverse aree geografiche. È stato anche possibile identificare i diversi fattori di rischio a seguito del ritardo nell'accesso ai servizi sanitari di donne sia PSA, sia PFPM. I risultati emersi possono rappresentare un'importante riflessione per la messa appunto di politiche sociali e sanitarie maggiormente efficaci.

Contatto: Anna Maria Luzi (anna.luzi@iss.it)

Implicit Association Test: uno strumento per l'analisi delle attitudini del personale sanitario nei confronti della persona migrante (P)

GRECO M.M.*, DI POMPONIO I.°

*Policlinico Tor Vergata di Roma; °Entropy KN Italia

Obiettivi

In occasione del progetto di formazione del Policlinico Tor Vergata, nell'ambito dell'iniziativa della Regione Lazio "Migrazione e Salute", è stata integrata all'interno dell'offerta formativa, l'attivazione on line di uno strumento "Implicit Association Test" (IAT) sull'atteggiamento del personale ospedaliero nei confronti della persona migrante.

Metodi

L'Implicit Association Test (IAT) è una metodica psicometrica eseguibile on line che rileva le attitudini implicite, utilizzata soprattutto su questioni controverse verso le quali si possono rintracciare atteggiamenti prevenuti e pregiudiziali, come ad esempio il razzismo. L'applicazione informatica analizza i tempi di risposta dell'utente rispetto a stimoli specifici riguardanti il tema su cui si vuole indagare. Lo sviluppo e adattamento dello strumento IAT prevede un percorso di definizione dei principali temi, costruiti ed atteggiamenti su cui il soggetto può sviluppare pregiudizi e stereotipi. In seguito viene costruito il pacchetto informatico vero e proprio.

Risultati

Il test appositamente creato è messo a disposizione del personale ospedaliero (sanitario e non) del Policlinico Tor Vergata a partire dall'estate 2012 e rimane attivo fino all'autunno 2012. L'elaborazione dei dati avverrà in itinere a partire dall'inizio dell'autunno 2012 e raggiungerà un risultato consuntivo nei primi mesi del 2013.

Conclusioni

Al fine di pianificare una politica educativa all'interno delle organizzazioni sanitarie è necessario includere nella valutazione del fabbisogno formativo strumenti affidabili per analizzare l'andamento di indicatori riferiti agli atteggiamenti dei professionisti, non solo riferiti alle loro capacità tecniche e cognizioni. Inoltre, la messa a punto di strumenti informatici per la rilevazione di dimensioni quali gli atteggiamenti, potrebbe consentire una misurazione dell'efficacia e dell'impatto degli interventi formativi anche su dimensioni difficili da valutare quali quelle culturali e psico-sociali.

Contatto: Massimo M. Greco (massimo.greco@ptvonline.it)

“Nessun luogo è lontano dalla cura” – Formazione a Distanza sul tema della Salute e Migrazione (P)

GRECO M.M., SCHIAFFINI M.
Policlinico Tor Vergata di Roma

Obiettivi

Descrivere le modalità di progettazione, programmazione, realizzazione del corso di Formazione a Distanza (FaD) “Nessun luogo è lontano dalla cura”, nell’ambito del progetto della Regione Lazio “Migrazione e Salute”.

Metodi

L’intervento educativo di FaD “Nessun luogo è lontano dalla cura” si propone come un percorso di apprendimento con una doppia valenza: di tipo propedeutico agli approfondimenti previsti dal programma formativo aziendale su Migrazione e Salute, per i partecipanti dei moduli in presenza previsti dall’adesione al progetto regionale “Migrazione e Salute”; di tipo generale, con la finalità di far acquisire conoscenze di base sul fenomeno migratorio e sulle problematiche di salute, nonché la promozione di un atteggiamento sensibile e consapevole rispetto all’esperienza migratoria al personale dipendente dell’ospedale. La FaD permette di: allargare il bacino di destinatari, assicurando un intervento ad ampio raggio in breve tempo; costituire un momento propedeutico, assicurando un utilizzo del tempo di aula in presenza più efficace, secondo l’approccio cosiddetto blended; mettere a disposizione un ambiente virtuale per la condivisione di esperienze, vissuti e opinioni, nonché di documentazione e materiali didattici.

Risultati

Il corso FaD è aperto al personale (sanitario e non) del Policlinico Tor Vergata di Roma, e definisce i seguenti obiettivi didattici per i partecipanti:

- Acquisire conoscenze generali sul fenomeno migratorio e sul suo impatto sulle strutture sanitarie.
- Conoscere alcune principali modalità culturali di vivere il bisogno di salute.
- Apprendere informazioni di base circa le possibili buone pratiche per la presa in carico sanitaria della persona migrante.

Il percorso si articola secondo questi passi:

- una prima valutazione on line del fabbisogno formativo e delle attitudini nei confronti del tema della migrazione;
- un corso FaD on line di 4 ore, con valutazione dell’apprendimento e del gradimento, accreditato ECM sviluppato in quattro moduli.

Conclusioni

L’utilizzo della FaD rappresenta uno sviluppo interessante dell’offerta formativa nel campo sanitario, in quanto consente di erogare con efficienza e tempestività contenuti informativi e formativi su un ampio bacino di utenti, azione che se realizzata all’interno dell’organizzazione ospedaliera, consente di realizzare una sorta di governance educativa su temi trasversali alle specificità dei reparti. Inoltre l’attività di raccolta dati (qualitativi e quantitativi) e la tracciabilità e manipolabilità di essi, insite nella FaD, permettono un monitoraggio di alcune dimensioni (la conoscenza di un fenomeno ad esempio), la cui analisi può integrarsi con politiche di sviluppo del personale e delle competenze.

Contatto: Massimo M. Greco (massimo.greco@ptvonline.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Rilevazione dei bisogni formativi dei partecipanti all'XI Congresso SIMM (P)

PIZZINI E., RUSSO M.L., PITINI E., CIVITELLI G., MARCECA M.

Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Obiettivi

All'interno della SIMM, il tema della formazione è stato identificato come una delle linee strategiche su cui investire; in particolare, si è ritenuto che la possibilità di diventare Provider ECM potesse rappresentare uno dei punti di forza nella qualificazione del percorso societario. Il questionario di rilevazione dei bisogni formativi, di cui in questo contributo si riportano i risultati, ha rappresentato uno degli strumenti utili all'interno di questo percorso, con l'obiettivo di ancorare la pianificazione della formazione a specifici e puntuali bisogni, nella consapevolezza dell'importanza di un'offerta formativa che nasca realmente dalle esigenze dei professionisti.

Metodi

Si è predisposta una scheda di rilevazione – questionario – che individuasse i bisogni formativi rispetto all'area medicina delle migrazioni. Il questionario comprendeva una iniziale scheda anagrafica ed una serie successive di domande, per la maggior parte chiuse, relative al giudizio sulla formazione precedente, sui metodi adottati e sulle preferenze rispetto ad un'ipotetica formazione futura. Le domande sono state formulate in modo da non causare dubbi o ambiguità e la loro sistemazione è stata tale che l'intero questionario ha formato un'unità.

Risultati

Con il questionario è stato possibile raccogliere dati di vario genere: fattuali; di comportamento; di opinione e motivazioni. Su circa 250 questionari distribuiti si è avuto un ritorno di 72 questionari. Il campione ha un'età media di circa 46 anni; nel 69% dei casi si tratta di dipendenti pubblici del SSN, in un 20% di operatori del terzo settore. Il 39% del campione dichiara un'esperienza pregressa e continua nell'ambito della medicina delle migrazioni ultra decennale; poco più del 18% dichiara di avere un'esperienza inferiore ai tre anni; il resto del campione dichiara un'esperienza compresa tra i tre 3 i 10 anni. Tutti i rispondenti hanno partecipato, negli ultimi tre anni, ad eventi formativi che hanno considerato abbastanza utili e soddisfacenti sul piano dei contenuti. Di particolare interesse, rispetto alla cornice di riferimento, sono state le risposte relative alle modalità di formazione ritenute più adeguate: quasi il 54% dei rispondenti ritiene che non si debba ricorrere a metodologie tradizionali, di tipo puramente trasmissivo, ma si debbano adottare metodologie che assumano il contesto dell'esperienza quotidiana di lavoro (lo ritiene oltre il 53% dei partecipanti), come il motore per la conoscenza e il cambiamento.

Conclusioni

L'analisi dei bisogni troppo spesso viene ad identificarsi *tout court* con un'operazione di misurazione di uno scarto da colmare. L'intento, certamente sperimentale e inevitabilmente parziale di questa specifica rilevazione, è stato, invece, quello di correlare l'analisi dei fabbisogni alla progettazione formativa e pertanto di avvicinare quanto più possibile la formazione ai concreti attori che si rivolgono ad essa. La formazione, intesa come processo continuo, è un momento fondamentale e strategico nel contesto sociosanitario, a maggior ragione nel caso di attività assistenziali rivolte ad un'utenza estremamente eterogenea come quella dei cittadini migranti. Cercare di identificare i "saperi" e le competenze di tipo "strategico" e "policontestuale" intende essere il primo seme generativo per una formazione che si proponga di essere efficace per l'apprendimento, inteso come "un cambiamento relativamente stabile nel modo di pensare, sentire e agire".

Contatto: Emma Pizzini (emmpiz@gmail.com)

SalutesuStrada: percorsi di formazione all'integrazione socio-sanitaria (P)

MAISANO B.*, LIDDO M.*, CUCINOTTA L.L.^o, SCHEDID F.^o

*Area sanitaria Caritas di Roma; ^oPolo Sociale Roma Termini

Obiettivi

- Promuovere, nell'ambito dell'impegno dell'Area sanitaria della Caritas di Roma, un progetto di educazione permanente, pensato, agito e gestito dai giovani che sperimentano nuove modalità di servizio e assistenza per i senza dimora.
- Migliorare le competenze relazionali, necessarie e propedeutiche per l'approccio alla salute su strada.
- Creare un'occasione stabile di contatto, di rilevazione dei bisogni di salute e di presa in carico delle persone senza dimora, spesso portatrici di un bisogno sanitario non espresso, per facilitare e sostenere i loro percorsi di accesso ai servizi.
- Ristabilire e sostenere rapporti di prossimità e reciprocità tra la società civile e le persone senza dimora nella città di Roma, presupposti imprescindibili per riattivare risorse personali e reti sociali.
- Diffondere evidenze riguardo le cause della povertà estrema e le conseguenze dell'indifferenza nei confronti del fenomeno dell'inclusione sociale.

Metodi

- Formazione generale incentrata sulla medicina delle migrazioni, la normativa sanitaria, e l'approccio transculturale. Formazione specifica sui temi sociali, relazionali e sanitari dell'emarginazione, della salute per le persone senza dimora, con riferimento più ampio alla salute globale.
- Affiancamento ed osservazione partecipante alle attività svolte dagli operatori del Polo Sociale di Roma Termini, nell'ambito del servizio "Help Center" e del progetto sperimentale Youssam – Unità socio-sanitaria.
- Riqualificazione ed elaborazione dell'esperienza attraverso l'analisi dei vissuti emozionali durante i periodici incontri di supervisione, nella costruzione di risposte efficaci comuni, con lo scopo di apprendere tecniche di approccio di strada, sviluppare competenze relazionali necessarie alla comprensione del fenomeno dell'emarginazione sociale grave, implementare la capacità di gestione di interventi socio-sanitari in favore di persone che versano in situazioni di fragilità e povertà urbana estrema, tali da condizionare il loro stato di salute.
- Sensibilizzazione dei giovani nei luoghi del sapere, tramite la peer education, strategia pedagogica che facilita la comunicazione nel gruppo di pari, e consente di analizzare la complessità del fenomeno della homelessness.

Risultati

- Conoscenza e collaborazione tra operatori sociali e sanitari, nell'ottica di un approccio multidisciplinare in un sistema integrato e sinergico.
- Creazione dei presupposti per riattivare le reti sociali la cui rottura rappresenta il primo elemento che porta all'emarginazione e alla sua cronicizzazione attraverso la prossimità, l'ascolto e la relazione.
- Partecipazione dell'ambiente accademico in occasione di seminari e incontri in università, sulle tematiche di SalutesuStrada.

Conclusioni

- Possibilità di continuità e sostenibilità del progetto, vista la buona interazione in campo formativo tra i partner.
- Ispirazione e realizzazione di progetti pilota socio-sanitari dall'approccio innovativo, di cui i giovani continuano ad essere gli attori principali.

Contatto: Marica Liddo (maricaliddo@gmail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Un nuovo curriculum studiorum per i medici in Liberia: un progetto innovativo dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero Affari Esteri realizzato attraverso l'analisi del contesto post-bellico, l'identificazione dei bisogni della popolazione e l'individuazione delle principali competenze cliniche richieste (P)

PIETRANTONIO F.*, SCALA A.^{° 2}, MAZZACCARA A.[^], COZZA N.[#], AFFRONTI M.[§]

*Azienda ASL Roma C, Ospedale S. Eugenio UOC I Medicina, Roma; [°]Master Cooperazione e Progettazione per lo Sviluppo CIRPS – Sapienza Università di Roma; [^]Ufficio Relazione Esterne Istituto Superiore di Sanità Roma; [#]Fondazione Sicurezza in Sanità, Monrovia-Liberia; [§]Servizio di Medicina delle Migrazioni AOUP Palermo

Obiettivi

La guerra civile, terminata nel 2003, ha gravemente compromesso il settore sanitario in Liberia con distruzione delle infrastrutture, perdita di forza lavoro, accesso ridotto ai servizi, mancanza di organizzazione. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attraverso il progetto "Rafforzamento delle attività formative dell'Università di Medicina di Monrovia (Liberia)" finanziato dal Ministero Affari Esteri (MAE), ha realizzato un'analisi della situazione e una valutazione dei bisogni di formazione con lo scopo di sviluppare nuovi programmi scolastici per gli studenti della Facoltà di Medicina.

Metodi

Lo studio è stato condotto da maggio ad agosto 2010 mediante:
interviste semi-strutturate a docenti, studenti di Medicina, medici;
focus group con operatori sanitari, studenti, insegnanti, rappresentanti delle comunità locali;
raccolta di dati sanitari secondari dai registri dei Centri di Salute e dai rapporti sanitari disponibili.

Risultati

60 studenti e 20 medici sono stati intervistati, 80 persone hanno partecipato ai focus group. Attualmente ci sono solo 389 medici in Liberia (per una popolazione di 3,2 milioni di abitanti) le cui capacità di diagnosi e cura sono ritenute valide solo dal 61% degli intervistati. Il 25% delle diagnosi è effettuato da infermieri. La diagnostica di laboratorio è ritenuta soddisfacente, ma la qualità della diagnosi dipende dalla capacità del paziente di pagare per il servizio. L'accesso ai farmaci è considerato inadeguato.

Conclusioni

Modificare il curriculum formativo dei medici è un'attività complessa che deve essere guidata da un'attenta analisi dei bisogni della popolazione. Se essa viene ben realizzata rappresenta un processo fondamentale per il aumentare il livello di salute del Paese. le principali aree di miglioramento individuate dallo studio sono: capacità di diagnosi e terapia, abilità chirurgiche, medicina di laboratorio, attività di prevenzione, training on the job.

Contatto: *Filomena Pietrantonio (filomena.pietrantonio@gmail.com)*

Prevalenza di patologia epatica in una popolazione di immigrati a Palermo (P)

AFFRONTI A., AMARI V., BAJARDI A., NAPOLI M., AFFRONTI M.

UOS di Medicina delle Migrazioni, AOU Policlinico "Paolo Giaccone" Palermo

Obiettivi

Le migrazioni internazionali coinvolgono la salute pubblica con significative ripercussioni sul benessere psico-sociale dei migranti e delle loro famiglie ma anche delle comunità di appartenenza e di accoglienza. Dal punto di vista sanitario è da considerare l'introduzione nel panorama biologico europeo di patologie che la popolazione autoctona presenta con minore frequenza o non manifesta affatto, eliminando di fatto anche quei confini geografico-sanitari che una volta caratterizzavano le grandi malattie, con significative implicazioni dal punto di vista terapeutico.

Metodi

Abbiamo esaminato retrospettivamente le schede di dimissione ospedaliera (SDO) di tutti i pazienti ricoverati in regime di DH tra il 1/1/2006 ed il 30/6/2010. Attraverso la diagnosi posta sulle schede di dimissione, è stata ricercata l'evidenza di un'epatopatia e rivisitata l'intera cartella clinica. Da questa era possibile definire lo stato della malattia epatica attraverso la valutazione dei dati anamnestici, clinici e di laboratorio a nostra disposizione.

Risultati

La popolazione di immigrati tra gennaio 2006 e giugno 2010 è costituita da 1218 pazienti; in 112 (72 M, 40 F) di essi (9,2 %) nella SDO vi era una diagnosi di epatopatia. Più della metà (58,0%) dei nostri pazienti proviene dall'Africa, il 21,0% dall'Asia, il 21,0% dall'Est Europa. La maggior parte di essi ha una malattia di fegato HBV correlata (44,6%) seguita da quella alcolica (25%) e poi parimenti da HCV e criptogenetica (entrambi 15,2%). Su 66 (58,9%) pazienti che hanno eseguito la biopsia epatica, 14 casi (2 HBV, 6 criptogenetici e 6 da alcol) hanno mostrato una steatosi epatica di grado variabile. In 43 casi (31 HBV, 8 HCV and 4 da alcol) vi era una epatopatia cronica di variabile severità; 8 casi (4 HBV, 1 HCV, 3 da alcol) hanno mostrato un quadro di cirrosi epatica.

Conclusioni

Dalla analisi dei nostri dati emerge uno spettro di patologie responsabili di epatopatia non del tutto sovrapponibile a quella dei pazienti italiani, con una prevalenza dell'epatopatia virale B rispetto alle forme virali C. L'epatopatia alcolica mostra un trend in aumento per il consumo di alcol fra gli immigrati anche tra fasce prima tradizionalmente esenti come giovani anche di religione islamica o induista.

Contatto: Andrea Affronti (andreaaffronti@libero.it)

“La via del sangue”: per un’antropologia della cura nei pazienti dell’ex Unione Sovietica affetti da epatite (P)

PACERA G.C.*, DI PAOLA P.D.^\

* Unità operativa semplice di medicina delle migrazioni dell’AOU Policlinico di Palermo, Università di Bologna

^\ Dipartimento di Discipline Storiche, Antropologiche e Geografiche, Università degli Studi di Palermo – Dipartimento di Psicologia, Dottorato “Pubbliche in Pubbliche Relazioni”, Université de Strasbourg – Laboratoire “Cultures et Société en Europe

Obiettivi

La presente ricerca si orienta all’interno di una generale area d’interesse che attiene all’esplorazione del fenomeno delle patologie croniche nella presa in carico della popolazione migrante. Lo studio è stato condotto su un gruppo di pazienti dall’ex Unione Sovietica presso l’Hôpital Civil di Strasburgo. Il racconto della sofferenza, spesso confinato ad una dimensione del “non detto”, espone i pazienti ad una duplice difficoltà: di stigmatizzazione della malattia e di discriminazione sociale. Tale condizione si accompagna ad un atteggiamento di non accettazione della diagnosi, “patologia tabù” nella propria cultura d’origine e difficoltà nell’alleanza terapeutica. Una visione mobile tra sé e l’altro, tra individuo e cultura, tra passato e presente, è ciò che sperimenta chi si accinge alla difficile impresa di entrare in un rapporto terapeutico con pazienti depositari di un’alterità rispetto a cui è necessario trovare strumenti di mediazione comunicativa. L’ausilio dell’interprete restituisce la parola al paziente, superando le barriere del malinteso e colmando il vuoto tra lo spirito delle parole originali e quello della loro riproduzione nella lingua del contesto d’approdo, svelando gli impliciti linguistici al suo interno. Obiettivi: – individuare in termini di temi culturali dominanti le rappresentazioni sociali dell’Epatite di medici e pazienti; – approfondire ricerche di geopolitica, conoscenze etno-antropologiche sulle esperienze di malattia e su gli spazi della cura nelle aree culturali dei pazienti; – fornire una lettura etno-antropologica che possa spiegare e arginare i fenomeni di malinteso possibili nella relazione tra istituzione curante ed utenza straniera.

Metodi

L’impianto dello studio è di natura qualitativa ed assume, quale sua principale finalità, la comprensione del modo in cui gli individui costruiscono i loro significati, come danno senso alla realtà e alla loro esperienza nel mondo. Il metodo adottato fa capo all’opzione fenomenologica che presuppone una procedura analitica di descrizione dell’esperienza pervenendo ad una composizione narrativa del vissuto dei diretti interessati. I colloqui realizzati sono stati strutturati a partire dall’elaborazione di due griglie di intervista rivolte rispettivamente a pazienti e a medici.

Risultati

In una lettura etno-antropologica pensiamo la malattia come una sindrome culturalmente ordinata, una “patologia tabù” che chiama in gioco il sangue, l’onore e l’appartenenza familiare. L’incomprensione della diagnosi costituirebbe, dunque, una forma di critica verso la società d’accoglienza che impone le proprie categorie interpretative, una relazione di potere in cui il paziente è vincolato da quell’essere-nelle-mani di qualcuno. Per ricostruire i significati che il paziente elabora e attribuisce alla propria malattia seguiamo “la via del sangue”. Dalla traduzione più prossima in lingua russa della parola epatite “sangue insalinato”, contaminato, ricostruiamo la storia personale dei pazienti ricontestualizzandola nella cultura d’origine.

Conclusioni

Comprendere la valenza che può assumere una patologia come l’epatite nella vita di questi soggetti favorisce l’individuazione non solo delle problematiche più comuni nell’incontro con questo tipo di utenza ma l’avviarsi di un processo di riflessione in cui rintracciare le modalità di presa in carico più idonee per arginare i fenomeni di malinteso interculturale e di drop-out terapeutico.

Contatto: Pietra Daniela Di Paola (daniela_dipaola82@yahoo.it)

Un caso di TB in un Centro Accoglienza (P)

D'AMICI AM., CAPOCCIA M., DONNO L., GIULIANI M.A., PELO S., SACCOCCIO O., SPADEA A.
Équipe Aziendale Interdistrettuale per Interventi nei Campi Rom, Azienda USL Roma A

Obiettivi

Dal 2007 la ASL RM/A ha istituito un'équipe per:

- monitorare lo stato di salute dei rom presenti sul territorio;
- promuovere le vaccinazioni,
- facilitare l'accessibilità ai servizi socio-sanitari;
- migliorarne la fruibilità.

Nel 2010 il Comune di Roma ha attivato un Centro Accoglienza presso una ex cartiera nel territorio di pertinenza della ASL RM/A. Vi sono state trasferite famiglie di etnia rom romena, che vivevano in insediamenti spontanei, in tutto 320 soggetti, di cui 120 minori. All'epoca dei fatti, gli spazi alloggiativi tra una famiglia e l'altra erano separati da lenzuola o coperte. Il 14/02/11 è stato notificato un caso di TB bacillifera in un giovane adulto di 30 anni domiciliato nel Centro Accoglienza.

Metodi

Strategia adottata:

- all'interno: gestione congiunta dell'indagine epidemiologica tra operatori dell'équipe e dell'UOS Epidemiologia;
- all'esterno: azione coordinata con l'Assessorato alle Politiche Sociali di Roma Capitale.

Risultati

Sono state organizzate due sedute, a distanza di 4 settimane, nelle quali sono stati sottoposti a screening con il test di Mantoux 282 persone, di cui 270 ospiti e 12 operatori del privato sociale. Il 54,8% dei contatti stretti ed il 40,8% dei contatti regolari è risultato positivo al test Mantoux: i bambini risultati negativi al test sono stati inviati al centro antitubercolare per la valutazione della chemioprolifassi; i soggetti negativi <15 anni sono stati sottoposti ad un secondo test Mantoux a distanza di 10 settimane dall'ultimo contatto con il caso indice; i soggetti risultati positivi al test Mantoux sono stati sottoposti ad una radiografia standard del torace e a prelievo di sangue per gli accertamenti ematochimici per la profilassi antitubercolare. Sono stati ricoverati 7 contatti stretti positivi (il 16,6%), di cui 2 minori, e 2 contatti regolari positivi (0,9%), di cui un minore.

Conclusioni

La tubercolosi è una malattia contagiosa che si trasmette per via aerea mediante un batterio, il *Micobacterium Tuberculosis*, dopo un contatto stretto e continuativo per più giorni. Solo il 10-15% delle persone infettate dal batterio sviluppa la malattia nel corso della sua vita e un individuo malato, se non è sottoposto a cure adeguate, può infettare, nell'arco di un anno, una media di 10-15 persone. La TB costituisce oggi una delle emergenze sanitarie più drammatiche, tanto da essere stata dichiarata emergenza globale nel 1993 dall'OMS, per l'enorme carico sanitario, economico e sociale che la accompagna. L'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale (4246 casi notificati nel 2009, sotto la soglia dei Paesi a bassa endemia), dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi di popolazione (il 40% dei casi segnalati sono pazienti stranieri residenti in Italia) e in alcune classi di età, e dall'emergere di ceppi tubercolari multiresistenti. In particolare risultano in aumento i casi provenienti dall'Est europeo: i romeni hanno il maggior numero assoluto di casi di tubercolosi notificati nel 2008 (oltre 500). Nessun nuovo caso di TB è stato notificato tra gli ospiti del Centro in seguito al nostro intervento di Sanità Pubblica.

Contatto: Anna Maria D'Amici (annamaria.damici@aslromaa.it)

Un caso di rinoscleroma in un immigrato dall'Egitto (P)

BONACINA E.^o, CHIANURA L.*^o, SBERNA M.[#], ORTISI G.[^], GELOSA G.[§], CITTERIO A.[§], GESU G.[^], PUOTI M.*

^oDipartimento di Anatomia Patologica, *Malattie Infettive, [#]Neuroradiologia, [§]Otorinolaringoiatria,

[^]Microbiologia, A.O. Niguarda Cà Granda, Milano

Obiettivi

Il rinoscleroma è una malattia granulomatosa cronica causata da *Klebsiella rhinoscleromatis*; è un processo infettivo a lenta evoluzione che coinvolge il naso e le alte vie respiratorie. Questa malattia è endemica in molte regioni del mondo incluso il Nord-Africa. Nell'Europa occidentale sono stati riportati solo casi sporadici, solitamente in soggetti provenienti da aree endemiche.

Metodi

Noi presentiamo il caso clinico di un immigrato egiziano di 51 anni, giunto alla nostra osservazione per epistassi.

Risultati

Nella società odierna, l'immigrazione e i viaggi hanno portato allo spostamento di grandi masse di popolazioni; l'incremento dei viaggi da zone endemiche ad aree non endemiche per rinoscleroma porterà ad una maggiore incidenza di questa malattia nei Paesi dove questa patologia è stata osservata raramente.

Conclusioni

Nei pazienti che giungono in pronto soccorso presentando patologie dell'orecchio, del naso e della gola l'esecuzione di TC o RMI sono utili per la valutazione per visualizzare le lesioni occupanti spazio delle cavità nasali. L'endocopia nasale consente la conferma della diagnosi con l'esame istologico e l'isolamento di *Klebsiella rhinoscleromatis*.

Il trattamento del rinoscleroma richiede una adeguata terapia antibiotica associata a sbrigliamento chirurgico qualora sia presente una grave ostruzione delle vie aeree. Il nostro paziente presentava una lesione estesa con invasione anche dei seni etmoidali, che poteva potenzialmente estendersi al sistema nervoso centrale. È stato trattato con rifampicina, levofloxacina e co-trimossazolo. Il follow-up clinico è stato eseguito ogni mese, associato a periodico controllo radiologico mediante RMI.

Contatto: Leonardo Chianura (leochianura@libero.it)

Prevalenza di HBV, HCV, HIV, sifilide, parassitosi intestinali e dermatosi da *Sarcoptes scabiei* in migranti osservate presso il Servizio di Medicina delle Migrazioni (Spazio Salute Immigrati) dell'Azienda USL di Parma: confronto tra migranti forzati (rifugiati) e Migranti per lavoro (P)

CHOROMA F., BERGHENTI F., BISCEGLIA G., BANZOLA S., CLEMENTE G., CALZOLARI G.

Servizio di medicina delle Migrazioni (Spazio Salute Immigrati), AUSL Parma

Obiettivi

I dati sulla popolazione straniera residente in Italia riportano la presenza sempre crescente di persone di altri Paesi che scelgono l'Italia per sfuggire a persecuzioni politiche o guerre; molti di questi utilizzano sempre meno le vie legali di ingresso; la gran parte deve affrontare estenuanti viaggi con soste a volte anche lunghe in campi profughi o altri stati prima di approdare in Italia. Questo nuovo processo di migrazione mette a dura prova la scorta di salute di partenza; non sono inconsueti riscontri di esiti di traumi (fisici e psichici) e le diagnosi di patologie che non sono presenti nella geografia epidemiologica del Paese di origine. Anche il contesto socio-economico e giuridico che incontrano i rifugiati o richiedenti asilo in Italia sono fattori determinanti nel condizionarne lo stato di salute. Numerose segnalazioni, ci indicano un profilo sanitario scadente rispetto ai migranti per lavoro, specialmente sotto il profilo infettivologico e psichico e per i quali la risposta ai bisogni di cura è complessa e non solo sanitaria.

Metodi

Lo scopo di questo studio è valutare retrospettivamente la prevalenza di infezioni da HBV, HCV, HIV e Lue in migranti per lavoro (Gruppo I) confrontandoli con migranti forzati o rifugiati (Gruppo II), che si sono rivolti al servizio di Medicina di Migrazione dell'AUSL di Parma dal 01/01/2009 al 30/06/2011 e che si sono sottoposti, previo consenso informato ad un protocollo di screening di maggiori patologie infettive (infezione da HBV, HCV, HIV e Lue); la valutazione della prevalenza di parassitosi intestinale attraverso la ricerca parassiti su feci in 3 campioni è stata effettuata solo in quei cittadini stranieri con eosinofilia. La ricerca di dermatosi parassitaria (scabbia), è stata effettuata invece attraverso visita ed esame obiettivo a tutti i cittadini stranieri osservati.

Risultati

Nel periodo preso in considerazione (1 gennaio 2009-30 giugno 2011) sono stati osservati complessivamente nel gruppo I 1539 soggetti e nel gruppo II 528 soggetti immigrati dai quali 207 del gruppo I e 251 del gruppo II avevano effettuato gli esami e ritornati con gli esiti. Nel gruppo dei migranti per lavoro (gruppo I), la prevalenza delle infezioni da HBV (positività di HbSAg), HCV, HIV e Lue era risultata rispettivamente di 8,8%, 5,8%, 1,2% e 4,6%. Mentre nel gruppo dei migranti forzati, la prevalenza delle infezioni da HBV (positività di HbSAg), HCV, HIV e Lue era risultata rispettivamente di 5,1%, 6,7%, 4,3% e 2,7%. Per quanto riguarda la ricerca di parassitosi intestinali, effettuata sui 218 soggetti con eosinofilia (133 del gruppo I e 85 del gruppo II), il 25,5% del gruppo I (34/133 migranti) ed il 57,6% del gruppo II (49/85 rifugiati) presenta una parassitosi intestinale. La ricerca clinica della scabbia effettuata su tutti i pazienti (1539 immigrati per lavoro e 528 migranti forzati) ha evidenziato il riscontro di ectoparassitosi nel 0,3% (5 casi) nel gruppo I e nel 4,1% (22 casi) nel gruppo II.

Conclusioni

I due gruppi confrontati nella nostra casistica hanno mostrato un profilo sanitario dal punto di vista infettivologica sovrapponibile, se si esclude il tasso superiore di HIV nei migranti forzati, che risente probabilmente dall'epidemiologia dei Paesi di provenienza (prevalentemente dall'Africa) e della lue invece alta nei migranti per lavoro, dovuto probabilmente alla presenza di sex workers nella casistica. Per quanto riguarda la prevalenza di parassitosi intestinali e di ectoparassitosi, essa risulta essere superiore nei Migranti forzati che nel gruppo di migranti per lavoro, confermando osservazioni fatte da altri autori e trova in parte lo stato di marginalità e precarietà che continua a caratterizzare la vita di rifugiati e richiedenti asilo nei Paesi di transito ed in Italia prima dell'accesso nella rete dei servizi SPRAR.

Contatto: Faissal Choroma (fchoroma@ausl.pr.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Rapid Diagnostic Test (RDT) nel Case Management della malaria: uno studio retrospettivo per valutare l'impatto e il potenziale rapporto costo-efficacia dell'uso dello screening con RDT in Gambia e Senegal (P)

PIETRANTONIO F.*; MURA E.; GIANZI F.P.∧; BELLEZZA F.#; AFFRONTI M.§

*UOC I Medicina Ospedale S. Eugenio Azienda USL Roma C; °Master in Cooperazione e Progettazione per lo Sviluppo CIRPS – Sapienza Università di Roma; ∧Azienda USL Roma C Medicina Preventiva Età Evolutiva; #Work In Progress Onlus, Roma; §Servizio di Medicina delle Migrazioni AOUP di Palermo

Obiettivi

La malaria è una delle principali cause di morbilità e mortalità in Gambia e Senegal. Notevoli progressi sono stati fatti negli ultimi anni con l'obiettivo della pre-eradicazione (meno del 5% di positività al test microscopico diretto con "goccia spessa") entro il 2015. Lo studio, nato dalla collaborazione tra SAPIENZA Università di Roma e l'Organizzazione non governativa Work in Progress, è stato realizzato per valutare l'impatto dello screening della malaria mediante l'uso dei test rapidi (RDT) nel Case Management della malaria e la sua potenziale costo-efficacia.

Metodi

Da gennaio a dicembre 2011 è stata intrapresa un'analisi retrospettiva attraverso la consultazione delle statistiche dei Centri di Salute dei Distretti di Kombo South (Gambia) e Diololoulou (Senegal) per stabilire il numero di RDT eseguiti, i casi confermati e il trattamento somministrato. Sono stati ottenuti ulteriori dati dai singoli centri per eseguire l'analisi dei costi di trattamento.

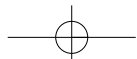
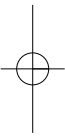
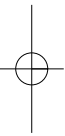
Risultati

Nel Distretto di Kombo South (popolazione totale 74,247) sono stati eseguiti 3,309 RDT nei bambini con meno di 5 anni e 9,986 in soggetti con più di 5 anni con una positività del 54%. Nel Distretto di Diololoulou (popolazione totale 85,798) sono stati eseguiti 308 RDT in bambini con meno di 5 anni e 1,385 in soggetti con più di 5 anni con una positività del 30%. Il costo standard della terapia antimalarica secondo il protocollo nazionale, Artemeter 20 mg + Lumefantrina 120 mg (12 compresse totali), è di 2,4 \$ e il costo del RDT è 0,65 \$.

Conclusioni

L'uso dei test diagnostici rapidi migliora il Case Management della malaria riducendo significativamente il numero di pazienti sottoposti a trattamento inappropriato per diagnosi non confermata in laboratorio. Aumenta inoltre la qualità della gestione della malaria in quanto solo i pazienti affetti vengono trattati. L'analisi preliminare dei costi evidenzia un risparmio potenziale annuo di 118,402 \$ nel Distretto di Diololoulou e di 89,839 \$ nel Distretto di Kombo South. La formazione del personale sanitario può ulteriormente migliorare il Case Management della malaria, aumentare l'efficienza del programma di eradicazione della malaria e contribuire a ridurre l'insorgenza di resistenze.

Contatto: *Filomena Pietrantonio (filomena.pietrantonio@gmail.com)*



ALLEGATO 1

Raccomandazioni finali dell'XI Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) "Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie"

Palermo, 19-21 maggio 2011

Preambolo

Come già accaduto in passato, anche questo Congresso della SIMM si svolge in una fase storica in cui la migrazione di uomini, donne, bambini e famiglie, viene proposta e vissuta prevalentemente come una emergenza imbarazzante, piuttosto che come un diritto a cercare una esistenza migliore e soprattutto una preziosa risorsa per la società italiana.

Di fronte a ciò l'Unione Europea sembra mandare segnali contrastanti: due recenti risoluzioni del Parlamento Europeo (2010/2089 (INI) del 8 marzo 2011 e 2010/2276 (INI) del 9 marzo 2011) sottolineano infatti come migranti e rom siano tra i gruppi a rischio di disuguaglianze sanitarie; ciò malgrado, l'affermazione del cosiddetto *principio di sussidiarietà* comporta una debolezza dell'UE, in termini di direttive vincolanti, nella definizione di piani integrati ed omogenei sulla tematica e non consente così di superare i particolarismi locali. È sotto gli occhi di tutti l'assenza di credibili politiche europee che considerino, insieme alla dimensione del controllo delle frontiere, anche quella di politiche sociali di inclusione. È infatti indubbio il ruolo prioritario esercitato sulla salute dai cosiddetti "determinanti sociali" (istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale, etc) come ampiamente documentato dal Rapporto OMS "Closing the gap in a generation" del 2008. All'interno di questa debolezza e frammentarietà di visioni, riteniamo che anche l'Italia non sia stata finora capace di dare risposte coerenti alla complessità ed alle potenzialità del fenomeno migratorio in corso, a partire da un'accoglienza attenta ed adeguata.

Nel confermare la necessità di adottare politiche in grado di tutelare realmente la dignità, la salute e la qualità della vita dei migranti, già espressa nei precedenti documenti della SIMM^{1,2}, intendiamo qui richiamare l'attenzione sull'esigenza di proteggere la salute dei nuclei familiari protagonisti di migrazione e quello di promuovere processi di empowerment degli stranieri già presenti in Italia. Infine ci preme sottolineare che, malgrado la crisi economico finanziaria attualmente in corso, esiste la possibilità e la necessità di attuare una serie di interventi migliorativi, in particolare relativi alla qualificazione degli operatori, alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali e al riorientamento dei servizi in un'ottica di una aumentata competenza culturale dell'intero sistema socio assistenziale. La crisi non può essere invocata per giustificare un colpevole immobilismo.

Raccomandazioni finali

Per la salute della famiglia straniera³

Per una reale tutela della salute psichica e fisica dei bambini stranieri, futuri cittadini di domani, e per le loro famiglie si propone:

- 1 – Modificare urgentemente la legge sulla cittadinanza al fine di riconoscerla ai figli di cittadini stranieri nati e/o scolarizzati in Italia.
- 2 – Prevedere l'iscrizione obbligatoria al SSN, e quindi al Pediatra di libera scelta ed al Medico di medicina generale, di tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, a prescindere dalla loro condizione giuridica.
- 3 – Prolungare il Permesso di Soggiorno per gravidanza, attualmente rilasciato per tutta la

durata della gravidanza e per i primi sei mesi dopo il parto, a 12 mesi, con la possibilità di trasformarlo successivamente in permesso per lavoro.

4 – Rileggere e modificare la normativa nazionale sull'immigrazione in un'ottica che favorisca il ricongiungimento familiare e più in generale i percorsi di inclusione delle famiglie straniere (politiche abitative, educative, lavorative, sociali, etc).

Per sostenere e promuovere processi di empowerment

Per una effettiva possibilità degli individui, dei gruppi e delle comunità straniere di essere protagonisti dei processi relativi alla tutela della propria salute – poiché è scientificamente riconosciuto che la coesione sociale è strumento rilevante di protezione della stessa, si propone di:

- 1 – Riconoscere agli stranieri regolarmente presenti la reale partecipazione alla vita politica e sociale del territorio in cui vivono attraverso il diritto di voto amministrativo.
- 2 – Garantire forme di partecipazione e condivisione delle comunità straniere ai processi di programmazione socio-sanitaria e di organizzazione degli interventi preventivi ed assistenziali anche al fine di contrastare eventuali diseguaglianze.

Per una Governance Nazionale e locale⁴

Per la realizzazione di politiche coerenti ai reali bisogni di salute degli stranieri che trovino concreta applicazione a livello locale superando l'attuale disomogeneità territoriale (sia inter- che intra-regionali), si propone di:

- 1 – Potenziare, a livello regionale, il monitoraggio e l'analisi del bisogno di salute delle immigrate e degli immigrati, e delle risorse a loro destinate con un approccio sia quantitativo (rafforzando questo filone di ricerca all'interno delle strutture istituzionali già esistenti: Osservatori epidemiologici, Agenzie di sanità pubblica, ...), che qualitativo (collaborando con diversi soggetti istituzionali e non istituzionali aventi competenza specifica).
- 2 – Creare forme di coordinamento e collegamento stabile di natura tecnico politica in grado di definire ed implementare politiche interistituzionali (a livello nazionale e locale tra il settore sanitario e gli altri settori; tra il livello nazionale e quello regionale).
- 3 – Definire e promuovere l'Health Impact Assessment come strumento di garanzia di politiche intersettoriali capaci di intercettare le diverse dimensioni socio-economiche collegate alla salute dei migranti.

Trasversalmente alle raccomandazioni sovra menzionate, la SIMM sottolinea come la formazione e l'aggiornamento dei professionisti e degli operatori sui temi della salute degli stranieri⁵, rappresenti uno strumento strategico che dovrebbe vedere un impegno forte e diretto dei servizi sanitari regionali, delle aziende sanitarie e dei diversi enti locali.

La SIMM, unica società scientifica attualmente presente in Italia impegnata specificatamente sui temi della salute dei migranti, conferma la propria piena disponibilità a collaborare, sia a livello internazionale e nazionale che locale attraverso i propri GRIS, con i soggetti istituzionali il cui mandato sia riferibile direttamente o indirettamente alla tutela della salute dei migranti.

*In dignità, in serietà, con competenza
I Partecipanti all'XI Congresso SIMM*

¹ Documento finale della IX Consensus Conference SIMM 2006

² Raccomandazioni finali della X Consensus Conference SIMM 2009

³ Documento Congiunto SIMM e SIP (Società Italiana di Pediatria – Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino immigrato) 2011

⁴ Documento di sintesi, con collaborazione SIMM: "Per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità"

⁵ Documento finale, con collaborazione SIMM: "Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate"

ALLEGATO 2

DOCUMENTO FINALE del CONVEGNO CONGIUNTO Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato della SIP “BAMBINI E MIGRAZIONI”

Chieti, 19 e 20 novembre 2010

Uno dei bisogni psichici fondamentali durante l'età evolutiva è la stabilità. I bambini hanno bisogno di un luogo e di un tempo sicuri in cui crescere e progettare il proprio futuro. Politiche migratorie che tengano le famiglie in condizioni di precarietà, ad esempio con permessi di soggiorno a cadenza annuale o biennale, che comportano nei bambini incertezze anche sui percorsi scolastici, sono potenzialmente nocivi sia per lo sviluppo psicologico che per il senso di appartenenza sociale di quelli che saranno gli italiani di domani.

*Per questa ragione proponiamo **tre punti** ormai ineludibili per prospettare le basi di un sereno convivere sociale perché riteniamo che la salute psichica e fisica dei bambini stranieri oggi sia preziosa, e vada tutelata prima di tutto sul piano sociale, creando le premesse perché possano crescere sereni.*

1 – Garantire il diritto alla salute di tutti i minori stranieri. Riteniamo maturo il riconoscimento del diritto alla salute e dei diritti civili correlati con lo stato di cittadinanza a tutti i bambini nati in Italia da genitori stranieri, in osservanza con la richiesta dei genitori e con il rispetto delle norme sulla cittadinanza dei paesi di provenienza. Appare inoltre necessario predisporre percorsi agevolati per l'acquisizione di questi diritti per i minori stranieri che, pur non essendo nati nel nostro paese, vi abbiano trascorso un tempo significativo, in specie di scolarizzazione. Interventi di questo tipo non solo sono protettivi per la salute dei minori, ma si configurano anche come un investimento per la collettività: consentono infatti di non disperdere un capitale di competenze che è costato finanziariamente al nostro paese, che ha sostenuto le spese per la scolarizzazione di questi minori.

È necessario inoltre che queste procedure, oltre a essere semplici e garantite sul piano legislativo, incontrino anche un iter burocratico sufficientemente snello.

2 – Garantire le prestazioni sanitarie del SSN, del Pediatra di Famiglia e del Medico di medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale in osservanza all'art. 24 della convenzione di New York (diritto del minore al miglior stato di salute possibile) e l'art. 2 della Costituzione (diritti fondamentali dell'individuo). Attualmente i bambini figli di immigrati irregolari non godono di questo diritto, con un potenziale danno per la loro salute. L'iscrizione anagrafica dei figli degli immigrati irregolari è oggi garantita grazie ad una circolare del Ministero dell'Interno del 7 agosto 2009. Il “diritto umano” alla iscrizione anagrafica attiene ai diritti civili fondamentali dei bambini e ci sembra fondamentale assumere iniziative che attribuiscono valore normativo al contenuto specifico di tale circolare.

3 – Estensione del Permesso di Soggiorno per gravidanza. Attualmente viene rilasciato un permesso per tutta la durata della gravidanza e per i primi sei mesi dopo il parto, dopo di che scatta l'espulsione della donna e del bambino. Comprensibilmente molte mamme preferiscono non richiedere questo permesso, che in realtà diventa un'autodenuncia, e rimangono nell'irregolarità, non riuscendo così a godere appieno degli interventi a tutela della maternità. Gli indicatori di

salute relativi agli esiti al parto ci dicono che i figli di mamme straniere sono ancora assai svantaggiati rispetto agli italiani proprio perché le gravidanze delle loro mamme sono meno protette. Prolungare il permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi con la possibilità di trasformarlo successivamente in permesso per lavoro proteggerebbe la salute dei neonati e sarebbe un ulteriore intervento di tutela per il futuro.

Chiediamo di intraprendere azioni finalizzate per eliminare le seguenti criticità:

– Garantire permessi di soggiorno a lungo termine (almeno cinque anni) alle famiglie con bambini presenti, in specie se questi bambini sono in età scolare (almeno fino al compimento del 14 anno di età), in modo da garantire la possibilità di una ragionevole programmazione degli studi e almeno del proprio futuro prossimo.

– Le scuole devono predisporre appropriati percorsi di inserimento didattico dei bambini recentemente immigrati che non conoscano l'uso della lingua italiana. Questi percorsi devono venire integrati nella normale attività didattica delle classi (e non con "classi differenziate") avvalendosi di insegnanti di supporto e ore aggiuntive per l'apprendimento della lingua, e al tempo stesso favorendo l'integrazione del bambino nel normale gruppo classe. Tutti gli Istituti scolastici devono essere in grado di predisporre specifici programmi di inserimento per i nuovi arrivati, secondo linee guida psico-pedagogiche che vanno elaborate su scala nazionale ma che debbono essere sufficientemente flessibili da adattarsi alle realtà locali.

– Con lo scopo di promuovere la salute psichica e prevenire il disagio mentale, si suggerisce di promuovere interventi per favorire l'integrazione (scolastica e sociale) dei minori di origine straniera nel tessuto sociale italiano, e per accompagnare i piccoli immigrati nei ricongiungimenti familiari a volte difficili (in specie quando la separazione dai genitori sia stata particolarmente prolungata). Interventi di questo tipo, diffusi capillarmente sul territorio, possono aiutare a prevenire, o quanto meno a gestire, condizioni di malessere psichico.

– È necessario agevolare i ricongiungimenti familiari con provvedimenti normativi che snelliscano l'iter burocratico e consentano il ricongiungimento con le stesse regole anche per i figli maggiorenni inferiori ai 21 anni di età, e in tutti i casi in cui questo serva a non separare i fratelli (ad esempio se le età fossero 22, 16 e 12 anni).

– Garantire l'accesso alle scuole per i figli degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche al di fuori della scuola dell'obbligo: attualmente questo diritto non è garantito a chi ha meno di 6 anni o più di 16. Per far questo è necessario anche permettere l'iscrizione, come avviene per la scuola dell'obbligo, anche senza la presentazione del documento di soggiorno.

– Offrire parità di trattamento nel ricevere provvidenze economiche a tutela della donna, della maternità e del bambino tra italiani e stranieri con permesso di soggiorno in regola; attualmente questa parità è riconosciuta solo ai titolari di carta di soggiorno (permesso di soggiorno a tempo indeterminato).

Sul piano strettamente sanitario la SIMM e il GLNBI della SIP, nell'incontro di Chieti del 19 e 20 novembre 2010, hanno ribadito la necessità di elaborare percorsi formativi, strategie di prevenzione e sorveglianza sanitaria, percorsi diagnostico – assistenziali, applicabili in ospedale e sul territorio, per migliorare le conoscenze e gli interventi per il controllo, in Italia, di patologie che, ancorché a bassa prevalenza, costituiscono nel contesto culturale italiano una sfida per il medico e il pediatra e per le istituzioni sanitarie e scientifiche in popolazioni a rischio, per precarie condizioni socioeconomiche o per la provenienza da paesi ad alta endemia.

GLNBI - Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato
SIP - Società Italiana di Pediatria
SIMM - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

www.glnbi.org
www.sip.it
www.simmweb.it

ALLEGATO 3

STATUTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

Art. 1.

È costituita, ai sensi dell'art. 14 e seguenti del Codice Civile e della legge 383/2000, una Associazione denominata SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI (acronimo S.I.M.M.) avente sede legale in via Marsala n.103 a Roma.

Possono essere istituite sedi secondarie in tutto il territorio nazionale. La variazione della sede non costituisce modifica statutaria.

La Associazione S.I.M.M. è costituita a tempo indeterminato e non persegue fini di lucro. L'eventuale avanzo di gestione deve essere investito nelle attività istituzionali dell'associazione.

Art. 2.

L'Associazione S.I.M.M., anche richiamandosi a quanto sancito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dalla Costituzione della Repubblica, pone a fondamento del proprio operato i seguenti principi etici:

- la difesa incondizionata della dignità umana;
- l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali e da differenti stati giuridici, amministrativi, economici e sociali;
- la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia;
- la tutela della salute come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività;
- la propria natura di associazione laica e aconfessionale, estranea a logiche di appartenenza partitica o settaria;
- il diritto-dovere di partecipazione ai processi decisionali che riguardano il bene comune e l'interesse generale;
- il vincolo della trasparenza nei rapporti con altri soggetti pubblici e privati.

Art. 3.

L'Associazione S.I.M.M., per il perseguimento degli scopi e nel rispetto dei principi sopra menzionati:

- promuove, collega e coordina attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione;
- promuove e favorisce attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom, e dell'approccio transculturale alla salute;
- costituisce un 'forum' per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata;
- patrocina e gestisce attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti;
- promuove l'impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni;

- sostiene iniziative e percorsi volti a favorire i processi di integrazione e di inclusione sociale.
- A tal fine può svolgere attività di:
- organizzazione di iniziative quali congressi, convegni, corsi e seminari a carattere informativo, formativo e culturale;
 - produzione, promozione e diffusione di libri, periodici, ricerche, video e materiali informatici e multimediali su temi legati alle migrazioni e all'approccio transculturale alla tutela della salute;
 - organizzazione di dibattiti, conferenze, mostre, a contenuto divulgativo, volti a informare correttamente la collettività sui diversi aspetti e le implicazioni sanitarie e sociali del fenomeno migratorio;
 - approfondimento scientifico di temi legati alla salute dei migranti anche attraverso la partecipazione a ricerche tematiche;
 - collaborazione con altri Enti, Istituzioni e Associazioni pubbliche e private operanti per scopi analoghi;
 - gestione di interventi preventivi e assistenziali rivolti a soggetti fragili.

Art. 4.

Il patrimonio della Associazione S.I.M.M. è costituito da:

- contributi degli associati;
- liberalità di persone fisiche, giuridiche sia pubbliche sia private;
- eventuali donazioni e lasciti di beni mobili ed immobili che dovessero essere fatti alla Associazione a titolo di incremento del patrimonio dovranno essere elencati nell'inventario redatto a cura del Consiglio di Presidenza.

Art. 5.

La Associazione S.I.M.M. persegue i propri scopi mediante l'utilizzo di:

- quote associative;
- rendite patrimoniali;
- contributi di persone fisiche, giuridiche sia pubbliche sia private;
- proventi derivanti da eventuali ed occasionali attività connesse a quelle istituzionali.

Art. 6.

La Associazione S.I.M.M. è composta da:

- a) Soci Fondatori,
- b) Soci Onorari,
- c) Soci Ordinari,
- d) Soci Sostenitori.

Sono Soci Fondatori le persone fisiche che hanno dato vita alla società sottoscrivendone l'atto costitutivo.

Sono Soci Onorari le persone, gli Enti e le Associazioni che hanno contribuito al perseguimento degli obiettivi della S.I.M.M., rendendosi particolarmente benemerite rispetto ai principi e agli scopi dell'Associazione. La nomina a socio onorario sarà conferita dal Consiglio di Presidenza.

Possono diventare Soci Ordinari della Associazione S.I.M.M. le persone fisiche e giuridiche che condividono e rispettano gli scopi dell'Associazione.

Chi intende essere ammesso alla qualifica di socio ordinario dovrà presentare al Consiglio di Presidenza domanda scritta con allegati curriculum vitae e presentazione di un socio. Tale domanda sarà esaminata entro sessanta giorni dalla data di ricevimento; trascorso tale termine la richiesta si

intende accettata. In presenza di diniego è consentito ricorso scritto da presentarsi al Consiglio entro 30 giorni dal ricevimento del diniego stesso.

L'esclusione o l'espulsione è deliberata dal Consiglio di Presidenza in relazione a:

- assenza o perdita dei requisiti per l'ammissione;
- dichiarazione di interdizione o inabilità;
- mancato versamento della quota associativa;
- comportamento lesivo ai danni dell'associazione.

Contro il provvedimento di espulsione è consentito ricorso da presentarsi al Consiglio di Presidenza entro 30 giorni dal ricevimento del provvedimento di espulsione.

L'adesione all'Associazione S.I.M.M. comporta, per il socio maggiore di età, il diritto di voto nell'Assemblea per l'approvazione del rendiconto economico, per le modifiche statutarie e per le nomine degli organi direttivi. L'adesione all'associazione è a tempo indeterminato e non può essere disposta per un periodo temporaneo, fermo restando il diritto di recesso. È fatto obbligo al socio di rispettare le norme statutarie e di versare la quota associativa deliberata dal Consiglio di Presidenza nei termini da questo dettati.

La quota o il contributo associativo non è trasmissibile per atto fra vivi ad eccezione dei trasferimenti per causa di morte e non è prevista la rivalutabilità della stessa.

Sono Soci Sostenitori coloro che contribuiscono materialmente al raggiungimento delle finalità dell'Associazione S.I.M.M.. Sarà cura del Consiglio di Presidenza stabilire il limite minimo del contributo dovuto per ottenere la qualifica di socio sostenitore.

Art. 7.

Sono organismi della Associazione S.I.M.M.:

- il Consiglio di Presidenza (C.d.P.);
- il Presidente;
- il Segretario-Tesoriere;
- il Collegio dei Revisori dei Conti;
- i Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (Gr.I.S.);
- l'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.);
- l'Assemblea dei soci.

Art. 8.

L'Assemblea generale dei soci è costituita da tutti i soci regolarmente iscritti nel libro soci entro il mese antecedente alla data di convocazione dell'Assemblea stessa.

L'Assemblea Ordinaria è convocata dal Presidente almeno una volta all'anno, entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale per l'approvazione del rendiconto economico. L'ordine del giorno è fissato dal Consiglio di Presidenza. L'Assemblea può essere convocata anche su richiesta scritta motivata della maggioranza dei membri del Consiglio di Presidenza o di almeno un quarto degli associati.

La convocazione è fatta tramite avviso scritto contenente la data, il luogo e l'ora dell'adunanza, da spedirsi ai soci almeno 20 (venti) giorni prima della riunione per posta elettronica o ordinaria. L'Assemblea può essere convocata anche fuori dalla sede sociale purché in Italia.

Art. 9.

L'Assemblea Ordinaria è validamente costituita con la presenza di almeno metà più uno dei soci; mancando tale numero, l'Assemblea si intende convocata lo stesso giorno in seconda convocazione un'ora dopo la prima e sarà valida qualunque sia il numero dei presenti. Le deliberazioni sono prese a maggioranza assoluta dei presenti.

Tutti i soci maggiorenni hanno diritto di voto e di nomina alle cariche sociali.

Il voto può essere esercitato anche con delega scritta ad altro socio. Ogni socio non può essere portatore di più di una delega.

Spetta all'Assemblea:

- approvare il bilancio consuntivo e preventivo,
- approvare la relazione morale del Presidente,
- eleggere il Presidente, il Consiglio di Presidenza ed il Collegio dei Revisori dei Conti,
- deliberare sull'orientamento generale dell'attività sociale,
- modificare lo statuto,
- deliberare su ogni altro argomento posto all'ordine del giorno.

Tutte le deliberazioni si prendono a maggioranza dei voti presenti sulla base dell'art. 2532 del C.C.. La votazione può essere fatta per alzata di mano, salvo altra forma stabilita dal Presidente. Le votazioni che hanno per oggetto cariche sociali e le deliberazioni inerenti i soci avvengono con voto segreto. Alle cariche sociali sono eletti coloro che avranno riportato il maggior numero di voti. A parità di voto sarà eletto il più anziano di appartenenza alla Associazione.

Per la modifica dello statuto e per la delibera di scioglimento o messa in liquidazione dell'Associazione è necessaria la presenza di almeno tre quarti (3/4) degli associati ed il voto favorevole della maggioranza assoluta degli associati.

Art. 10.

Il Consiglio di Presidenza (C.d.P.) è composto dal Presidente e da altri otto membri eletti dall'Assemblea dei Soci. Il Consiglio dura in carica 4 anni e i suoi membri sono rieleggibili, per non più di due mandati consecutivi. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica, si provvede alla relativa sostituzione facendo ricorso al primo dei candidati alla carica di Consigliere risultato non eletto; ove non fosse possibile far ricorso a candidati non eletti si provvederà alla sostituzione con una nuova elezione da parte dell'Assemblea dei soci. I consiglieri nominati in surroga rimangono comunque in carica sino alla scadenza naturale del Consiglio.

Il Consiglio di Presidenza elegge nel proprio seno il Vice Presidente ed il Segretario - Tesoriere e il Coordinatore nazionale dei Gr.I.S., che restano in carica per la durata del Consiglio stesso.

Il Consiglio di Presidenza si riunisce tutte le volte che il Presidente lo ritiene opportuno o su richiesta di almeno cinque consiglieri. Delibera alla presenza della maggioranza dei membri e le decisioni sono prese a maggioranza dei Consiglieri presenti. In caso di parità, il voto del presidente è preponderante.

Il Consiglio di Presidenza è investito dei più ampi poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione e può delegare i propri poteri ad uno o più Consiglieri; nomina il Comitato Scientifico i cui membri possono anche non essere soci della Associazione S.I.M.M.; individua e nomina fra i soci S.I.M.M., secondo specifiche necessità e competenze, i propri rappresentanti in organismi tecnici esterni; approva la costituzione dei Gruppi di lavoro (G.L.) interni di natura tecnico-scientifico e ne individua i referenti; può inoltre:

- promuovere le attività dell'associazione;
- deliberare un regolamento interno per il corretto funzionamento dell'Associazione in tutte le sue attività;
- elaborare un codice etico da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
- approvare il bilancio preventivo e consuntivo da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
- deliberare sull'ammissione e sull'esclusione dei soci;
- proporre modifiche statutarie.

Tutti i membri del Consiglio di Presidenza, nessuno escluso, prestano la loro opera gratuitamente. Ad essi può essere eventualmente riconosciuto un rimborso spese su presentazione di distinta analitica dei costi sostenuti.

Art. 11.

Il Presidente rimane in carica quattro anni e non può essere eletto più di due volte consecutive, ha la rappresentanza legale dell'Associazione, convoca e presiede il Consiglio di Presidenza e l'Assemblea generale dei Soci facendone eseguire le deliberazioni.

Spetta al Presidente:

– predisporre l'ordine del giorno delle sedute del Consiglio di Presidenza e dell'Assemblea generale dei soci,

sviluppare ogni attività finalizzata al conseguimento degli scopi statutari dell'Associazione anche attraverso l'affidamento di eventuali deleghe ai membri del Consiglio di Presidenza.

In caso di assenza o impedimento è sostituito dal Vice Presidente.

Art. 12.

Il Segretario-Tesoriere supporta l'operatività del Consiglio di Presidenza; mantiene i contatti con i Soci; presenta ad ogni riunione del Consiglio di Presidenza una relazione sull'attività svolta dalla Società e un elenco delle entrate e delle uscite; predispone i bilanci preventivi e consuntivi; redige i verbali delle riunioni del Consiglio di Presidenza; gestisce i libri dei soci, i libri contabili e i libri dei verbali.

Art. 13.

Il Collegio dei Revisori dei Conti è costituito da tre membri effettivi. Esercita il controllo amministrativo di tutti gli atti compiuti dall'Associazione, accertando la regolarità delle scritture contabili, esamina il bilancio predisposto dal Consiglio di Presidenza, accerta con cadenza semestrale la consistenza di cassa. I componenti del Collegio durano in carica quattro anni ed i suoi membri sono rieleggibili. L'incarico di Revisore dei Conti è incompatibile con la carica di membro del Consiglio di Presidenza. I membri del Collegio dei Revisori partecipano di diritto alle adunanze del Consiglio di Presidenza, con facoltà di parola ma senza diritto di voto.

Art. 14.

I Gruppi Immigrazione Salute (Gr.I.S.) realizzano a livello territoriale gli scopi della S.I.M.M. così come definiti dallo Statuto; possono promuovere proposte di politiche locali, ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, organizzare o favorire percorsi formativi e culturali quali convegni, corsi e seminari e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riterranno adeguate secondo gli scopi statutari.

I Gruppi Immigrazione Salute possono essere istituiti previa comunicazione al Presidente della S.I.M.M. e successiva delibera di accettazione da parte del C.d.P. della S.I.M.M., che ne definisce l'ambito territoriale di intervento.

Alle attività dei Gruppi Immigrazione Salute possono partecipare anche non iscritti alla S.I.M.M., rappresentanti di strutture e associazioni locali (cittadine, regionali o interregionali) che abbiano fatto richiesta formale di adesione e la cui attività si svolga a favore degli immigrati.

I Gr.I.S. proporranno tra gli aderenti che sono soci S.I.M.M. un *Rappresentante*, la cui nomina deve essere ratificata dal C.d.P., con funzioni di portavoce, responsabile operativo della organizzazione locale e del raccordo con la struttura centrale.

Almeno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata al C.d.P. con una relazione dell'attività svolta.

Art. 15.

L'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.) è costituito dal Consiglio di Presidenza e dai rappresentanti dei Gr.I.S.. Il Collegamento nazionale si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni 2 anni, per lo scambio di esperienze e per esprimere raccomandazioni tecniche.

Art. 16.

All'Associazione è fatto divieto di distribuire agli associati, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale sia durante la vita che all'atto del suo scioglimento, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.

In caso di scioglimento dell'Associazione, che viene deliberato dall'Assemblea straordinaria dei soci, il patrimonio residuo deve essere devoluto ad Associazione aventi finalità analoghe con fini di utilità sociale, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

La Società è stata costituita a Roma il 27 febbraio 1990

Lo Statuto è stato modificato ed approvato dall'Assemblea Straordinaria dei Soci SIMM. Palermo, 20 maggio 2011.

Registrato a Gemona del Friuli il 1 agosto 2011; atto 1856, mod. III.

ALLEGATO 4

REGOLAMENTO INTERNO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

Il Consiglio di Presidenza della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.), in conformità all'articolo 10 dello Statuto, nella riunione del 16 luglio 2012, approva all'unanimità il seguente Regolamento interno per l'attività della Società. (fra parentesi riferimento agli articoli dello Statuto S.I.M.M.)

1. Sedi della S.I.M.M. (rif. art. 1)

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (acronimo S.I.M.M.) ha sede legale in via Marsala n. 103 a Roma.

La istituzione di sedi secondarie nel territorio nazionale è deliberata dal Consiglio di Presidenza (C.d.P.) su proposta dei Gruppi Immigrazione e Salute (Gr.I.S.).

Le spese di gestione delle sedi secondarie sono a carico dei Gr.I.S. territorialmente competenti.

2. Soci Ordinari (rif. art. 6)

Ai sensi dell'articolo 6 dello Statuto, possono diventare soci ordinari della Associazione S.I.M.M. le persone fisiche e giuridiche che condividono e rispettano gli scopi dell'Associazione. Chi intende essere ammesso alla qualifica di socio ordinario dovrà presentare al Consiglio di Presidenza domanda scritta firmata da almeno un socio presentatore allegando il proprio con allegati curriculum vitae.

Il C.d.P. può delegare il Presidente ed almeno un altro consigliere ad esaminare ed accettare le domande di ammissione a socio della Società che saranno ratificate al primo C.d.P. utile. All'atto di iscrizione gli associati verseranno la quota di associazione che verrà annualmente stabilita dal C.d.P..

In assenza di delibera specifica la quota rimane quella dell'anno precedente.

I soci sono tenuti a versare entro l'anno solare la quota associativa relativa all'anno stesso.

Dopo tre anni di inadempienza del versamento sociale, il socio è dichiarato decaduto.

Può essere nominato per incarichi di rappresentanza in enti o associazioni oppure di coordinamento delle realtà locali o di referenza di gruppi di lavoro chi è iscritto alla Società da almeno tre anni ed è in regola con le quote associative.

3. Esclusione del socio (rif. art. 6)

È caso di esclusione del socio, così come disciplinato dallo Statuto all'articolo 6, l'inadempienza protratta degli obblighi associativi, ivi compreso il mancato versamento della quota associativa: il Consiglio di Presidenza può deliberare la possibilità di riammettere un socio, dopo tre anni di non versamento della quota e comunque per non più di una volta, perdendo l'anzianità di appartenenza e inibendo la possibilità di rivestire incarichi di rappresentanza.

È caso di esclusione del socio, così come disciplinato dallo Statuto all'articolo 6, l'assunzione di comportamenti incompatibili con le finalità dell'associazione.

In tale fattispecie devono ritenersi inclusi tutti quei comportamenti tali da arrecare pregiudizio o danno all'immagine dell'Associazione o al conseguimento degli obiettivi sociali.

A titolo indicativo e non esaustivo è possibile fare riferimento ai seguenti casi:

- utilizzo improprio o non autorizzato del nome dell'Associazione;
- comportamento contrastante con le finalità e i principi dell'Associazione;
- inosservanza dello Statuto, dei regolamenti e delle deliberazioni assunte dagli organi dell'Associazione;
- pregressi ripetuti mancati versamenti della quota associativa annuale con decadenze dello status di socio;
- uso illegittimo dei beni e delle risorse dell'associazione;
- utilizzo a titolo personale di somme di pertinenza dell'associazione;
- eventuali provvedimenti di interdizione o inabilitazione o condanna ad una pena che comporta l'interdizione anche temporanea dai pubblici uffici.

4. Elezione delle Cariche Sociali (rif. artt. 8, 9, 10, 11 e 13)

Tutti i soci che intendono candidarsi alle cariche sociali devono:

Essere in regola con il versamento delle quote sociali ed essere iscritti al libro dei soci S.I.M.M. almeno dall'anno precedente.

Inviare almeno 30 giorni prima dell'Assemblea la propria candidatura indicando la carica per cui si propongono, corredata da un breve e specifico curriculum.

La candidatura deve essere sostenuta da un gruppo di almeno 5 soci in regola con le quote associative (ogni socio può sostenere al massimo una sola candidatura a Presidente, 5 candidature a Consigliere e 2 candidature a Revisore).

Ogni candidato deve sottoscrivere l'accettazione della propria candidatura.

Il curriculum di ogni candidato sarà pubblicato sul sito S.I.M.M. almeno 15 giorni prima dell'Assemblea.

Le votazioni che hanno per oggetto cariche sociali avvengono con voto segreto.

Per l'elezione del Presidente ogni socio potrà indicare nella scheda un solo nome scelto fra i soci che si sono candidati.

Per l'elezione degli otto membri del consiglio di Presidenza ogni socio potrà indicare nella scheda un numero massimo di cinque nominativi scelti tra i soci che si sono candidati.

Per l'elezione dei tre membri del Collegio dei Revisori dei Conti ogni socio potrà indicare nella scheda un numero massimo di due nominativi scelti tra i soci che si sono candidati.

Alle cariche sociali sono eletti coloro che avranno riportato il maggior numero di voti.

A parità di voto sarà eletto il più anziano di appartenenza alla Associazione S.I.M.M..

5. Incompatibilità delle cariche (rif. artt. 2, 6, 10, 13)

Le cariche di Presidente, membro del Consiglio di Presidenza e del Collegio dei revisori dei conti sono incompatibili con cariche rivestite nei partiti politici a livello nazionale e con cariche istituzionali nel governo nazionale e nelle giunte regionali.

Il Consiglio di Presidenza, con la presenza di tutti i suoi membri e alla presenza del Collegio dei Revisori dei conti, su proposta di almeno 4 membri e con il voto favorevole di almeno 6 membri può deliberare in via straordinaria l'impedimento permanente del Presidente a svolgere le sue funzioni; il Vicepresidente, che lo sostituisce ai sensi dell'art. 11 dello Statuto, convocherà l'assemblea generale ordinaria dei soci entro 180 giorni per l'elezione del nuovo Presidente. L'incarico di revisore dei conti è incompatibile con l'appartenenza al C.d.P.

6. Programmazione annuale (rif. artt. 2, 3, 10)

Le attività della S.I.M.M. sono svolte, in conformità con gli scopi riportati dello statuto della Società, secondo un Programma annuale elaborato dal Presidente in collaborazione con i membri del C.d.P. in base agli orientamenti espressi dall'Assemblea dei soci. Tale documento programmatico contenente le indicazioni e le previsioni di lavoro per l'anno di riferimento, sarà discusso e formal-

mente approvato in occasione della riunione del C.d.P. per stabilire il bilancio di previsione annuale. Questa riunione del C.d.P. deve essere svolta entro e non oltre il mese di febbraio. Allo scadere del mandato, il C.d.P. uscente ha tempo sei mesi per fare un dettagliato passaggio di consegne al Consiglio entrante attraverso il Presidente uscente che relazionerà alla prima riunione possibile.

7. Bilanci (rif. artt. 9, 10, 12, 13)

La S.I.M.M. può operare economicamente nell'ambito delle leggi che regolano l'attività associativa senza fini di lucro.

Tutte le spese e tutte le entrate sono iscritte in bilancio nel loro importo integrale, cioè al lordo, senza alcuna riduzione o compensazione per effetto di correlative spese ed entrate. Le spese indicate nel bilancio sono contenute, nel loro complessivo ammontare, entro i limiti delle entrate previste, secondo criteri prudenziali. È esclusa ogni gestione di fondi al di fuori del bilancio.

Al bilancio di previsione è allegata la seguente documentazione:

- programma di attività annuale con relazione del Presidente contenente le linee politiche e di attività previste per l'esercizio;
- relazione del Segretario Tesoriere contenente le indicazioni esplicative sulle entrate e sulle spese iscritte in bilancio.

Il bilancio consuntivo è costituito dallo Stato Patrimoniale, dal Conto Economico e dalle note integrative e illustrative. Il bilancio consuntivo è approvato entro i primi sei mesi dell'anno successivo all'esercizio di riferimento.

8. Progetti (rif. art. 10)

I soci proponenti progetti sono direttamente responsabili del buon esito degli stessi; ne curano la realizzazione in termini di efficienza, attenzione e verifica del rapporto costi/benefici attesi.

Il progetto dovrà essere predisposto e presentato secondo i seguenti requisiti:

- descrizione del progetto;
- ambito di applicazione;
- luogo e durata;
- pubblici coinvolti;
- piano finanziario.

Il Consiglio di Presidenza, analizzando la coerenza con le finalità della Società e la validità scientifica, una volta verificati tutti i requisiti di cui sopra, con particolare riferimento alla modalità di accesso ai finanziamenti, al soggetto finanziatore ed eventuale partenariato, delibera la realizzazione del progetto.

9. Promozione o gestione di Eventi formativi (rif. artt. 3, 10)

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto la S.I.M.M. può patrocinare e gestire attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti quali Congressi, Convegni, Corsi e seminari e organizzare dibattiti, conferenze, mostre a contenuto divulgativo, in diversi ambiti e con diversi destinatari, sia secondo modalità istituzionalmente riconosciute che con modalità informali.

Le attività formative proprie della S.I.M.M. sono programmate, organizzate, gestite e valutate attraverso un Comitato tecnico per la Formazione (CTF), coordinato da un Responsabile nazionale per la Formazione (RnF) nominato dal Presidente tra i soci con specifica esperienza. Tale nomina vale per il periodo di durata del C.d.P. Il RnF nomina a sua volta, tra i soci S.I.M.M., una figura preposta alle attività segretariali inerenti la formazione (SF). Il RnF si avvale inoltre del supporto del CTF composto da un minimo di 3 ad un massimo di 5 persone, scelte tra i soci S.I.M.M. sulla base delle competenze e dell'esperienza nel rispetto della multiprofessionalità propria della S.I.M.M. e nominate dal Presidente su proposta del RnF, previa valutazione del C.d.P. Tutte le figure menzionate opera-

no a titolo gratuito, fatte salve eventuali spese di rimborso o spese di aggiornamento sulle tematiche di competenza. Sulla base di una delega del Presidente, al RnF può essere riconosciuta autonomia nell'espletamento delle procedure e nella gestione dei contatti relativi al riconoscimento e alla formalizzazione di eventi formativi della S.I.M.M.. In particolare la S.I.M.M., attraverso il riconoscimento dello status di Provider ECM da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina, programma la propria attività formativa principale attraverso un Piano nazionale di Formazione (PnF). Il PnF ha validità annuale; la sua definizione si giova delle proposte formulate - secondo le scadenze e le modalità prefissate dal CTF - dai singoli soci, dai Gr.I.S. e dai Gruppi di Lavoro della S.I.M.M., previa approvazione del CTF.

La S.I.M.M. può inoltre partecipare alla realizzazione di iniziative formative accreditate in collaborazione con soggetti terzi, sia in qualità di provider che mettendo a disposizione l'attività di suoi soci.

10. Comitato Scientifico (rif. artt. 3, 10)

Ai sensi degli artt. 3 e 10 dello Statuto il Comitato Scientifico (CS) è uno strumento operativo della S.I.M.M. di natura consultiva a supporto del C.d.P. e del Presidente, che ne è membro di diritto.

I suoi membri, in numero compreso tra 8 e 14, in carica per il periodo corrispondente a quello del C.d.P., sono nominati dal C.d.P. stesso su proposta dei suoi componenti o di almeno 15 soci della SIMM. Il Presidente della S.I.M.M. espleta una funzione di coordinamento del CS o delega tale funzione ad uno o più i membri dello stesso.

I membri del CS aderiscono a titolo gratuito, fatta eccezione per il rimborso delle spese sostenute nell'esercizio del proprio ruolo, debitamente documentate e approvate.

Il CS svolge un ruolo tecnico-scientifico secondo le linee di seguito indicate.

I prodotti del CS indicati con * devono essere ratificati dal C.d.P., anche per via informatica, con vincolo alla formalizzazione in verbale di successivo Consiglio.

Linee operative del Comitato Scientifico:

Supporto tecnico-scientifico all'organizzazione di eventi scientifici e formativi societari di ambito nazionale

Proposta di Programma scientifico Congresso sulla base del tema indicato dal CdP*.

Determinazione regole per invio contributi e predisposizione Abstract Form.

Analisi delle proposte scientifiche pervenute e loro assegnazione.

Istituzione e gestione di approfondimenti scientifici ad hoc.

Elaborazione documenti istruttori e proposte di Linee-guida/Raccomandazioni su temi specifici*.

Predisposizione documenti di evidenza su temi prioritari/emergenti*.

Supporto a Gruppi di lavoro societari specifici e, validazione scientifica dei loro prodotti.

Supporto alla produzione scientifica dei soci (in forma di raccomandazioni metodologiche, segnalazione di Enti o Fonti di particolare interesse).

Divulgazione documenti scientifici di interesse.

Diffusione di documenti di interesse con o senza commento.

Predisposizione Dossier scientifici per pubblicazioni omogenee.

Creazione e cura rapporti di collaborazione con altre società scientifiche nazionali e internazionali*

Proposte di Accordi di collaborazione e partnership.

Scambi in forma di visite.

Scambi scientifici per ospitalità reciproca a congressi.

Proposta o espressione di parere su riconoscimenti scientifici a soci o personalità esterne o giovani ricercatori (in forma di riconoscimento socio onorario, medaglia/targa, borsa di studio o altro premio)*.

11. Gruppi di lavoro (rif. art. 10)

Con riferimento all'articolo 10, i soci in regola con le quote associative, in numero di almeno 5, possono presentare al C.d.P. la proposta di istituire gruppi di lavoro (GL) tematici di natura tecnico-scientifica, precisando gli obiettivi e le modalità di lavoro. Il C.d.P., in caso di approvazione, individua il referente del GL, che dovrà trasmettere, con cadenza annuale, relazione sulle attività svolte. I documenti tecnici prodotti dal GL dovranno essere approvati dal C.d.P. – con parere tecnico del comitato scientifico, prima di poter essere presentati e diffusi.

12. Finanziamento eventi e iniziative della S.I.M.M. (rif. artt. 2, 4,5, 10)

Il supporto finanziario e la sponsorizzazione che contribuiscono al sostegno economico indispensabile per le iniziative e le attività della S.I.M.M. devono essere esplicitamente dichiarati, e con la massima trasparenza, in coerenza con i principi e con le finalità della S.I.M.M., senza condizionarne né l'organizzazione né i contenuti, devono garantire il massimo livello di indipendenza da qualsiasi potere politico ed economico.

Criteri di riferimento per la valutazione che il Consiglio di Presidenza dovrà prendere in considerazione saranno:

- natura dell'eventuale sponsor;
- interessi dello sponsor e dello sponsee nel finanziamento specifico;
- attività oggetto dell'eventuale sponsorizzazione;
- temporalità del finanziamento;
- entità del finanziamento.

Ai sensi dell'art 10 dello statuto il C.d.P. può elaborare un codice etico da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea.

13. Collaborazioni con altre associazioni (rif. art. 3)

Ai sensi dell'art 3 dello Statuto per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni, la S.I.M.M. è interessata a stabilire rapporti di collaborazione e di confronto sulle tematiche di comune interesse con altre associazioni o organizzazioni simili operanti al livello nazionale ed internazionale. Ciascun membro del C.d.P. e su mandato dello stesso, può ricevere l'incarico di elaborare una proposta di collaborazione che dovrà essere preventivamente discussa ed approvata. Il Presidente potrà delegare uno o più soci a seguire direttamente l'evoluzione delle collaborazioni ed a redigere un resoconto annuale delle attività svolte che verrà presentato in C.d.P..

14. Gruppi Immigrazione Salute: Unità Operative Territoriali (rif. art. 14)

Ai sensi dell'art 14 dello Statuto, ai Gr.I.S. possono aderire persone singole o rappresentanti di associazioni e strutture locali la cui attività si svolge a favore degli immigrati; tutte devono far richiesta formale di adesione al Gr.I.S.. Possono partecipare come uditori ai lavori dei Gr.I.S., persone e associazioni e enti anche non formalmente aderenti ai Gr.I.S..

I soggetti collettivi che intendono aderire ai Gr.I.S. devono presentare domanda scritta al Direttivo del Gr.I.S., allegando una scheda di presentazione e una dichiarazione di accettazione degli obiettivi statutari della S.I.M.M..

Ogni Gr.I.S. elegge tra gli aderenti che sono soci S.I.M.M. un rappresentante (referente) la cui nomina deve essere ratificata dal C.d.P., con funzioni di portavoce, responsabile operativo della organizzazione locale e del raccordo con la struttura centrale.

Il referente firma i documenti prodotti dal Gr.I.S. e sottoscrive documenti locali di interesse condiviso e può avvalersi della collaborazione di una eventuale segreteria locale composta da altre persone.

La struttura organizzativa del Gr.I.S. può essere completata tramite la creazione di un Consiglio

Direttivo Territoriale del Gr.I.S., con funzione operativa e di rappresentanza delle varie componenti territoriali e associative del Gr.I.S., formato da almeno tre e non più di sette membri (compreso il portavoce: la metà più 1 devono essere soci S.I.M.M.).

L'ambito territoriale di intervento delle singole Unità Operative Territoriali è definito con apposita delibera del C.d.P. della S.I.M.M..

I singoli Gr.I.S. possono dotarsi di un proprio statuto e/o regolamento secondo il modello che sarà predisposto dal Consiglio di Presidenza.

Nell'ambito delle Linee Programmatiche della S.I.M.M., le Unità Operative Territoriali attraverso il proprio Consiglio Direttivo e il referente, possono promuovere proposte di politiche locali, supervisionare ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, partecipare o favorire percorsi formativi e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riterranno adeguate secondo gli scopi statutari di cui dovrà pervenire informazione. Almeno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata al C.d.P. con una relazione dell'attività svolta (entro e non oltre il mese di marzo).

L'intera attività locale è su base volontaria di singoli e di strutture.

Tutti gli incarichi scadono alla scadenza del C.d.P. della S.I.M.M.: c'è tempo tre mesi per i rinnovi dei vari incarichi ed organi statutari; nel frattempo il coordinatore uscente è garante di eventuali attività. Il referente non può rivestire tale incarico per oltre due mandati consecutivi.

15. Organismo di Collegamento Nazionale (rif. art. 15)

L'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.) è costituito dal Consiglio di Presidenza e dai referenti dei Gr.I.S. ed è coordinato dal Segretario nazionale del O.C.N., nominato dal Presidente tra i soci con specifica esperienza.

Entro novanta giorni dalla elezione del Presidente, i Gr.I.S. comunicano allo stesso i nominativi dei referenti e dei loro eventuali supplenti.

Il Collegamento Nazionale si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni 2 anni, per lo scambio di esperienze e per esprimere raccomandazioni tecniche.

16. Utilizzo del logo S.I.M.M.

L'utilizzo in qualunque sede e per qualunque motivo del logo, del nome e di ogni altro carattere distintivo della S.I.M.M. è strettamente vincolato dall'ottenimento (documentato) di parere positivo esplicito da parte del Presidente della S.I.M.M. e, per le iniziative Gr.I.S., dal referente del Gr.I.S..

NORMA TRANSITORIA: *quanto previsto dal primo comma dell'articolo 3 del presente regolamento si applica a partire dal 1 gennaio 2013.*

NORMA DI RINVIO: *per quanto non espressamente disciplinato nel presente regolamento si fa riferimento allo Statuto della S.I.M.M. e alle normative vigenti in materia.*

INDICE PER AUTORI

- Adjicoude R. – 184
 Affronti A. – 244
 Affronti M. – 19, 29, 31, 190,
 243, 244, 249
 Ajuzie A. – 215
 Amari V. – 244
 Andreozzi S. – 174, 215
 Andretta M. – 41
 Andrissi L. – 204
 Angelucci F. – 217
 Antico G. – 52
 Aprigliano A. – 197
 Aragona A. – 197
 Aragona M. – 153
 Arghenini P. – 184
 Arrivi F. – 237
 Bacigalupi M. – 211
 Baglio G. – 169, 170
 Baglioni D. – 216
 Bajardi A. – 244
 Baldacchino E. – 225
 Banzola S. – 248
 Barbieri A. – 178, 234
 Barsanti S. – 227
 Bartoli B. – 179, 181
 Bassetti A. – 178, 234
 Bazzoli A. – 205
 Bella A. – 212
 Bellezza F. – 249
 Benedetti G. – 234
 Benedetti P. – 211
 Berghenti F. – 206, 248
 Bertini M. – 182
 Bevolo P. – 200
 Bigot G. – 136
 Bini S. – 230
 Bisceglia G. – 248
 Bodini C. – 31, 185, 187, 193
 Bonacina E. – 247
 Bonciani M. – 52, 169, 170, 174,
 215
 Boni C. – 176
 Boninsegna M. – 147
 Bonvicini F. – 165
 Borrini B.M. – 176, 206
 Botta M.B. – 223
 Bracci C. – 210, 211
 Briziarelli L. – 230
 Bruni C. – 171
 Bruno S. – 233
 Brusco C. – 230
 Brussi V. – 186
 Bucciarelli M. – 174, 215
 Bulcu M. – 172
 Buoncristiano M. – 169, 170,
 215
 Cacciani L. – 173
 Cacciatore F. – 187, 193
 Calzolari G. – 248
 Campanini N. – 210
 Camplone I. – 185, 187, 193
 Candela E. – 191
 Banzola S. – 248
 Capacci F. – 86
 Capitani G. – 227
 Capoccia M. – 246
 Cardamone G. – 121
 Carletti P. – 142
 Carrillo D. – 231
 Casadei R. – 185
 Casagrande S. – 211
 Casalino D. – 216
 Casoni C. – 205
 Cassarà G. – 125
 Castagna G. – 178
 Castro Cedeno G. – 188
 Castronuovo L. – 217
 Casucci P. – 230
 Catalano A. – 236
 Cattaneo M.L. – 171, 214
 Cavallini R. – 223
 Ceccarelli G. – 194
 Cenacchi M.V. – 216
 Cerbo A.V. – 184
 Cervi M. – 222
 Checconi O. – 230
 Chianura L. – 247
 Chiarenza A. – 189
 Choroma F. – 176, 206, 248
 Ciambellini S. – 198
 Ciannameo A. – 187, 193
 Ciervo A. – 79
 Cinconze E. – 41
 Cirillo L. – 218
 Citterio A. – 247
 Ciusa F. – 176
 Civitelli G. – 31, 93, 219, 229,
 241
 Clemente G. – 248
 Colosimo F. – 209
 Colucci A. – 238
 Cortesi I. – 228
 Costa E. – 41
 Costumati A. – 190
 Cozza N. – 243
 Crotti C. – 217, 220
 Cucinotta L.L. – 242
 D'Amici AM. – 246
 D'Agostino L. – 207
 Da Cas R. – 41
 dal Verme S. – 171, 214
 Dall'Asta I. – 189
 Damato D. – 203
 Damiani G. – 233
 Davi D. – 190
 De Cesare G. – 177, 195
 De Curtis M. – 173
 De Lotto S. – 186
 De Magistris A. – 223
 De Maio G. – 180
 De Santis S. – 212
 Declich S. – 192, 212
 Dedoni M. – 223
 della Rovere P. – 225

- Dente M.G. – 192, 212
 Di Foggia F. – 219
 Di Girolamo C. – 187, 193
 Di Lallo D. – 173
 Di Nicola A. – 237
 Di Paola P.D. – 202, 245
 Di Pomponio I. – 239
 Di Stefano C. – 224
 Diallo Kane A. – 186
 Diodati A. – 177, 195
 Dirindelli P. – 234
 Donno L. – 246
 Egidi A.M. – 180
 Elia O. – 232
 Fabbri A. – 165, 187, 193
 Fanini V. – 230
 Favilli V. – 230
 Federici P. – 230
 Federico B. – 233
 Ferrante S. – 206
 Ferrero P. – 182
 Fiorina G. – 221
 Floris E. – 206
 Foggetti C. – 232
 Foracchia A. – 217, 220
 Fornaciari R. – 200, 217, 222
 Fornari F. – 175
 Forti O. – 129, 184
 Frabotta P. – 197
 Francini C. – 178, 234
 Franco F. – 173
 Franzini L. – 226
 Fumarola C. – 214
 Gaddini A. – 211
 Galeazzo B. – 224
 Gallo P. – 238
 Gambino V. – 190
 Garavini C.M. – 179, 181
 Garelli S. – 180
 Gelosa G. – 247
 Gemmi M.C. – 217, 220
 Gentili M.C. – 110, 118
 Geraci S. – 18, 31, 35, 41, 62,
 142, 184, 197, 211, 233, 237
 Gesu G. – 247
 Giacometto R. – 196
 Giannoni M. – 226, 230
 Giannuzzi V. – 203
 Gianzi F.P. – 249
 Giordano L. – 221
 Giuliani M.A. – 246
 Gnesutta D. – 186
 Gnolfo F. – 183, 211
 Gradellini C. – 228
 Gramenzi A. – 179, 181
 Grandolfo M. – 215
 Greco M.M. – 201, 239, 240
 Greco L.M. – 177, 195
 Guarino B. – 211
 Guasticchi G. – 173
 Guidi L. – 165
 Hablè N.E. – 188
 Iacoboni D. – 182
 Iannace A. – 183
 Iemmi M. – 228
 Infante A. – 199
 Ismail Z. – 226, 230
 Labate A. – 225
 Lamberti A. – 169, 170, 215
 Lapresa M. – 236
 Latini S. – 225
 Latrofa M. – 201
 Lauria L. – 215
 Leonori L. – 49
 Lesi G. – 179, 181
 Libianchi S. – 110, 118
 Liddo M. – 191, 242
 Lodi E. – 184, 216
 Lombrici M. – 183
 Longo E. – 209
 Loria M.R. – 199
 Lorusso A. – 187, 193
 Luzi A.M. – 238
 Maccagno B. – 180
 Maccari A. – 110
 Maciocco G. – 227
 Magnani I. – 165
 Maisano B. – 191, 233, 237, 242
 Mana F.G. – 195
 Mancinelli E. – 230
 Manghi M. – 205, 217
 Mannocci L. – 236
 Maranini N. – 187, 193
 Marceca Mar. – 219
 Marceca M. – 31, 52, 62, 93, 211,
 219, 229, 241
 Margianu V. – 223
 Marta B.L. – 187, 193
 Martelli G. – 188
 Martino A. – 31, 187, 193
 Mattera A. – 194
 Mauro K. – 186
 Mazzaccara A. – 243
 Mazzetti M. – 157, 197
 Mecugni D. – 228
 Merelli M. – 213
 Mereu G. – 223
 Messina S. – 191
 Monami L. – 172
 Monastero P. – 177, 195
 Monici L. – 165
 Montagna M. – 191
 Morandi G. – 232
 Moretti C. – 224
 Moretto L. – 221
 Morittu M. – 223
 Morucci L. – 233
 Mossino S. – 110, 118
 Motta F. – 235
 Mottini G. – 204
 Mozzanica S. – 165, 205
 Mura E. – 249
 Napoli C. – 212
 Napoli M. – 244
 Nardone P. – 169, 170
 Niglio F. – 184
 Naaemeka N. – 205, 217
 Nuti S. – 227
 Orsini C. – 104
 Ortisi G. – 247
 Pacera G.C. – 202, 245
 Pacifici L.E. – 194
 Pallucco G. – 184
 Pamparato N. – 182
 Parisi C. – 183
 Parisotto M. – 187, 193
 Peca M.R. – 178, 234
 Pediconi M. – 174
 Pelo S. – 246
 Petri P. – 234
 Petruzzi M.T. – 225
 Piacentini D. – 224
 Pietrantonio F. – 243, 249
 Pilati F. – 179, 181
 Pisani R. – 197
 Pitini E. – 219, 241
 Pitzalis G. – 186

- Pizzini E. – 35, 219, 241
Pocetta G. – 230
Poeta A. – 165
Pomicino L. – 168
Pompa M.G. – 212
Puoti M. – 247
Purgato A. – 194
Ramthoul T. – 200
Randazzo G. – 182
Repetto E. – 180
Riboldi B. – 189
Riccardo F. – 192, 212
Ricordy A. – 235
Rigobello I. – 184
Rinaldi A. – 31, 185, 229
Rinaldi I. – 183
Riveira W.H. – 234
Rizzo C. – 212
Robledo E. – 232
Romani R. – 236
Rosano A. – 71
Rossi E. – 41
Rota M.C. – 212
Rubin G. – 224
Rubino P. – 175
Russo M.L. – 18, 136, 187, 193, 219, 241
Saccani A. – 222
Sacchetti G. – 52, 171, 174, 214
Saccocio O. – 246
Santodirocco A. – 191
Santone G. – 183, 207, 210, 211
Sarli A. – 166, 231
Sberna M. – 247
Scala A. – 243
Scarselli F. – 234
Scassellati G. – 172
Schedid F. – 242
Schiaffini M. – 240
Scrimin F. – 168
Seri R. – 209
Severi C. – 165
Sighinolfi L. – 216
Silvestri C. – 104,
Silvestri M.R. – 183
Silvestrini G. – 31, 219, 233
Singh I. – 205
Skanjeti A. – 221
Solinas R. – 223
Spadea A. – 183, 246
Sparano M. – 217, 220
Spinelli A. – 52, 169, 170, 174
Starnini G. – 93
Stefanini A. – 187, 193
Taglieri F.M. – 238
Tarantino P. – 183
Timperi F. – 174
Tognoni G. – 41
Tonetti S. – 183
Torchiaro A. – 191
Tortoreto B. – 187, 193
Totire V. – 167
Traversa G. – 41
Trevisani C. – 235
Urbinati S. – 197
Vazzoler C. – 225
Visconti G. – 199
Voller F. – 104
Volpatti M. – 210
Walton P. – 188
Wong O. – 200, 217
Zakeri S. – 197
Zanchetta M. – 178, 234
Zecca S. – 175, 185
Zorzetto S. – 121

INDICE PER ALCUNE AREE SPECIFICHE

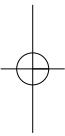
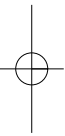
Diritti, normativa, politiche	35, 62, 79, 93, 110, 121, 125, 129, 142, 147, 175, 177, 178, 186, 192, 211, 226, 227, 228, 229, 230, 234, 251, 253
Formazione, Aggiornamento, ECM	31, 52, 165, 182, 189, 190, 191, 205, 219, 225, 239, 240, 241, 242, 243
Mediazione linguistico-culturale	157, 165, 171, 227
Narrazione, Medicina Narrativa	166, 181, 193, 199, 201, 202, 209, 231, 245
Prevenzione Interruzione Volontaria di Gravidanza	52, 172, 174, 219, 220, 238
Richiedenti asilo, Rifugiati, Migranti forzati	49, 125, 129, 153, 157, 168, 183, 184, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 234, 248
Rom, Sinti, Camminanti...	183, 188, 192, 225, 234, 235, 246
Salute mentale, Etnopsichiatria	35, 49, 93, 104, 110, 118, 121, 125, 153, 157, 171, 178, 181, 186, 196, 203, 206, 207, 208
Screening, indagini sierologiche di ambito infettivologico o parassitario	79, 93, 104, 176, 180, 206, 213, 216, 223, 224, 225, 237, 246, 248, 249
Screening oncologici	52, 221

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (2009-2012)



Presidente:	Mario Affronti (Palermo)
Segretaria:	Simona La Placa (Palermo)
Consiglieri:	Salvatore Geraci (Roma) Luisa Lenguini (Sassari) Maurizio Marceca (Roma) Luisa Mondo (Torino) Daniela Panizzut (Milano) Guglielmo Pitzalis (Udine) Graziella Sacchetti (Milano)
Past President:	Enrico Nunzi (Genova) Serafino Mansueto (Palermo) † Luigi Frighi (Roma) † Salvatore Geraci (Roma)
Revisori dei Conti:	Erminio Bicchi, Marco Mazzetti e Pierfranco Olivani (Milano)
Comitato scientifico:	Giovanni Baglio (medico epidemiologo e di sanità pubblica, Rm) Francesco Castelli (medico infettivologo, Brescia) Antonio Chiarenza (socioologo, Reggio Emilia) Giuseppe Costa (medico epidemiologo, Torino) Emanuela Forcella (antropologa, Roma) Andrea Gaddini (medico psichiatra, Roma) Margherita Giannoni (economista, Perugia) Milena Lo Giudice (medico pediatra, Palermo) Maurizio Marceca (medico di sanità pubblica, Roma) Enrico Materia (medico di sanità pubblica, Roma) Marco Mazzetti (medico pediatra e psichiatra, Milano) Maria Laura Russo (sociologa, Napoli) Angela Spinelli (epidemiologa, Roma) Mauro Zaffaroni (medico pediatra e neonatologo, Torino)
Coordinatore Nazionale GrIS:	Salvatore Geraci (Roma)
Portavoce GrIS Trentino:	Betty Cescatti (Trento)
Portavoce GrIS Piemonte:	Luisa Mondo (Torino)
Portavoce GrIS Lombardia:	Chiara Boninsegna (Bergamo)
Portavoce GrIS Lazio:	Filippo Gnolfo (Roma)
Portavoce GrIS Friuli Venezia Giulia:	Guglielmo Pitzalis (Udine)
Portavoce GrIS Emilia-Romagna:	Mauro Palazzi (Cesena)
Portavoce GrIS Toscana:	Andrea Bassetti (Firenze)
Portavoce GrIS Veneto:	Mauro Anselmi (Padova)
Portavoce GrIS Sardegna:	Francesca Ena (Olbia)
Portavoce GrIS Sicilia:	Mauro Raspagliesi (Catania)
Portavoce GrIS Calabria:	-
Portavoce GrIS Campania:	-
Portavoce GrIS Bolzano:	-

In fase di costituzione GrIS: Liguria, Puglia, Abruzzo



Finito di stamper nel mese di settembre 2012
dalla Tipografia LIPE (San Giovanni in Persiceto, BO)

